Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario

14 domaines indicateurs de rendement communs en matière de santé et de système de santé

Septembre 2002

Les soins de santé à votre service.



Remerciements

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient à remercier les organismes suivants pour la préparation de ce rapport :

Institut canadien d'information sur la santé
Réseau ontarien des soins cardiaques
Clinidata
Santé Canada
Statistique Canada

Équipe du projet :
Ann-Marie Strapp
Carrie Hayward
Diane McArthur
Allan Coveyduck
Domenic Della Ventura
Carol Paul
Barbara Sheffield
Graham Woodward

Rédacteur : Jeff Coveyduck
Réviseure : Jean Bacon



Un message du ministre de la Santé et des Soins de longue durée

J'ai l'honneur de publier le *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario.*

L'idée de rédiger un tel rapport a été discutée et acceptée en septembre 2000, lorsque les premiers ministres ont annoncé dans un communiqué sur la santé qu'ils s'engageaient à fournir aux Canadiennes et aux Canadiens des comptes rendus transparents des activités.

Les premiers ministres de toutes les provinces et territoires ont demandé à leur ministre de la santé de produire régulièrement des rapports exhaustifs sur les programmes de santé et les services offerts, le rendement du système de santé et les progrès à l'égard de l'atteinte des priorités qu'ils ont énoncées lors de la conférence de 2000.

Je suis fier d'annoncer que le gouvernement d'Ernie Eves s'est fermement engagé à produire régulièrement des rapports sur les mesures prises en matière de soins de santé afin que les Ontariennes et Ontariens aient une idée précise du rendement de leur système de santé. Cette année, nous avons engagé 25,5 milliards de dollars pour financer le système de santé de la province, soit près de 7 milliards de dollars de plus que les sommes accordées à la santé lorsque nous sommes entrés en fonction en 1995. Ce degré d'engagement financier est la marque de notre profonde détermination à améliorer la prestation des soins pour tous les consommateurs de soins de santé de la province.

Au nom du premier ministre et de nos collègues au parlement, je souhaite à tous les professionnels de la santé de l'Ontario de continuer à accomplir avec succès leur travail vital et très apprécié.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,

Tony Clement

Le 30 septembre 2002

Responsabilité de la direction concernant le Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario

La responsabilité de l'intégrité du *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario – 14 domaines indicateurs de rendement communs en matière de santé et de système de santé* (le « Rapport ») incombe au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. La responsabilité du ministère comprend le maintien des systèmes et des contrôles visant à faire en sorte que les données soient objectives, complètes et précises, conformément aux normes en matière d'établissement de rapports approuvées par la Conférence des sous-ministres de la santé.

Dans la préparation du Rapport, le ministère s'est fondé sur des données fournies par des tierces parties ou obtenues auprès d'elles, tel qu'indiqué dans le texte. La responsabilité du ministère concernant les données fournies par des tiers se limite à la confiance raisonnable qu'elles sont exemptes d'inexactitudes importantes. En ce qui concerne les données produites par le ministère, celui-ci est responsable de la qualité des procédures et des systèmes utilisés pour élaborer les rapports de données.

Autant que nous sachions, les données contenues dans ce rapport sont fiables et exemptes d'erreurs; toutefois, nous sommes également conscients que la qualité des données relatives aux indicateurs de la santé doit être améliorée. Les indicateurs de la santé du Rapport sont conformes aux définitions, caractéristiques techniques et normes de présentation approuvées par la Conférence des sous-ministres de la santé. Ces indicateurs sont définis dans le Rapport et leur signification ainsi que leurs limites sont expliquées. Le Rapport indique et décrit clairement tout écart par rapport aux normes approuvées par la Conférence des sous-ministres de la santé et décrit les plans de résolution future de ces questions.

Le vérificateur provincial de l'Ontario a rédigé un rapport sur les résultats obtenus après avoir appliqué des procédés de vérification particuliers au Rapport. Vous trouverez ce rapport à la suite de la présente.

Le sous-ministre,

P Hassen

Phil Hassen

Le 30 septembre 2002

Rapport du vérificateur provincial sur les résultats de l'application des procédés de vérification stipulés au Rapport sur le rendement du système de santé de l'ontario

À l'attention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée :

Comme convenu le 18 juin 2002, en vertu de l'article 17 de la *Loi sur la vérification des comptes publics*, j'ai appliqué les procédés suivants au Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario (le « Rapport ») daté du 30 septembre 2002 :

1. J'ai vérifié que les indicateurs de santé déclarés pour l'Ontario, qui découlaient des renseignements obtenus d'une source indépendante, comme Statistique Canada ou l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), correspondaient aux sources citées.
2. J'ai examiné la documentation des sources et les processus pour les indicateurs provenant de sources du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et vérifié si les résultats déclarés coïncidaient avec ces sources.
3. J'ai vérifié que les calculs visant à convertir les renseignements des sources en résultats figurant dans le Rapport avaient été faits de façon appropriée.
4. J'ai vérifié que les indicateurs de santé étaient rapportés conformément aux exigences de la *Proposition pour l'établissement de rapports comparables fédéraux / provinciaux / territoriaux dans 14 domaines d'indicateurs*, notamment le nom et la description de l'indicateur et les notes et limites pertinentes concernant les sources de données et la possibilité de comparaison d'une année à l'autre.

Ayant appliqué les procédés ci-dessus, je n'ai trouvé aucune exception. Cependant, cela ne constitue pas une vérification et, par conséquent, je n'exprime aucune opinion sur le Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario et les indicateurs qui y figurent.

Ce Rapport constitue une initiative de responsabilisation nouvelle et importante pour l'Ontario. Je suis encouragé de voir le travail entrepris par le ministère pour ce premier Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario et, également, de constater que le ministère, l'ICIS et Santé Canada améliorent leurs procédés en vue d'assurer l'exactitude de leurs données, en mettant l'accent sur l'exactitude des données qu'ils reçoivent. L'exactitude des données conduit à une meilleure prise de décisions et à un renforcement de la responsabilité, et peut hausser le niveau d'assurance de vérification qui peut être fourni.

Le vérificateur provincial,

Erik Peters

Erik Peters, FCA
Toronto, Ontario

Le 30 septembre 2002

Table des matières

Introduction

Indicateurs sur l'état de la santé

Indicateurs des résultats sur la santé

Indicateurs de la qualité des services

Introduction

L'engagement

Les Canadiennes et Canadiens auront des services de santé financés par des deniers publics qui fournissent des soins de qualité et favorisent la santé et le bien-être des Canadiennes et Canadiens de façon rentable et équitable.

Réunion des premiers ministres
Communiqué sur la santé, 11 septembre 2000

L'objectif principal des systèmes de santé du Canada est de préserver, de protéger et d'améliorer la santé de tous les Canadiennes et Canadiens. Pour atteindre ces objectifs, les systèmes de santé cherchent à assurer à *tous* les Canadiennes et Canadiens un accès rapide à des services de qualité appropriés partout au Canada, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité à payer. Le système de santé est également tourné vers l'avenir et s'efforce d'assurer la pérennité des services de santé pour tous dans les années à venir.

Pour faire de leur vision de la santé une réalité, les premiers ministres ont pris de nombreux engagements, dont :

- Renouveler en permanence les services de santé en travaillant avec les autres gouvernements, les collectivités, les prestataires de services et les Canadiennes et Canadiens pour répondre aux nouveaux besoins.
- Échanger les renseignements qui contribuent à améliorer de façon continue la qualité et l'efficacité des services de santé.
- Informer régulièrement les Canadiennes et Canadiens sur l'état de la santé, sur les résultats et sur la qualité des services reçus des services de santé financés par l'État.

Les ministres de la Santé sont chargés de collaborer pour établir un ensemble complet d'indicateurs comparables destinés à l'établissement de rapports publics, de façon à fournir des rapports complets et réguliers sur le rendement de leurs programmes de santé, et ceci à compter de septembre 2002, et de faciliter la vérification de ces rapports par des tiers qualifiés.

Par leur travail conjoint et l'échange des renseignements, tous les gouvernements seront plus responsables devant les Canadiennes et Canadiens concernant les programmes et les services de santé qu'ils fournissent.

Remplir l'engagement

Comment les gouvernements peuvent-ils évaluer l'efficacité de nos services de santé et communiquer ces renseignements aux citoyens? L'utilisation de mesures du rendement est l'une des options. En créant certains indicateurs qui peuvent être utilisés pour « mesurer » notre santé ou l'impact des services de santé, les gouvernements peuvent aider les Canadiennes et Canadiens à comprendre comment leurs services de santé publique fonctionnent et s'ils atteignent leurs objectifs. L'utilisation d'indicateurs de rendement standardisés nous permettra également de savoir ce que nous faisons bien et ce que nous devons améliorer. Cela encouragera tout le pays à partager ses meilleures pratiques et à constamment améliorer les services de santé. Ces renseignements peuvent également aider les Canadiennes et Canadiens à faire des choix de santé individuels plus éclairés.

En novembre 2000, les ministres de la Santé ont créé le Comité de revue des indicateurs de rendement (CRIR), dont le rôle était de mettre en place une procédure pour l'établissement de rapports publics sur le rendement du système de santé. La tâche principale du CRIR, présidé par l'Alberta et composé de représentants de l'Ontario, du Québec, de Terre-Neuve ainsi que du gouvernement fédéral (Santé Canada), a été de créer un cadre qui permette à tous les gouvernements de rendre compte de la santé sur une base comparable.

Depuis sa création, le CRIR s'est fortement appuyé sur les conseils et l'assistance de deux comités consultatifs fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), qui lui ont fourni l'avis de spécialistes sur la définition, l'interprétation et la pertinence générale d'indicateurs spécifiques pour les services de santé et pour la santé de la population. Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut des statistiques du Québec (ISQ) ont également apporté leur assistance en contribuant au développement technique d'indicateurs et en fournissant des données connexes[1].

---

[1] La plupart des indicateurs du présent rapport sont fondés sur des données fournies au ministère par Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le gouvernement fédéral et les autres gouvernements provinciaux ou territoriaux utilisent également ces sources de données pour préparer leurs rapports.
Pendant la préparation du présent rapport, le ministère a été informé que Santé Canada travaillait à l'amélioration de ses procédures visant à améliorer l'exactitude de ses données, particulièrement en ce qui concerne l'exactitude des données qu'il reçoit. Le ministère a également été informé que l'ICIS menait une étude destinée à fournir des renseignements sur la qualité de la saisie de données afin, s'il y a lieu, de prendre des mesures correctrices et d'améliorer la documentation de ses processus d'assurance de la qualité. En ce qui concerne les données produites ou obtenues directement par le ministère, celui-ci reconnaît le besoin de mettre en œuvre des procédures améliorées pour assurer l'exactitude des données.

Les indicateurs de rendement

Les premiers ministres ont déterminé 14 indicateurs de rendement qui peuvent fournir des renseignements significatifs au public et qui sont techniquement valides. Ces indicateurs ont été répartis en trois catégories :

- **État de la santé,** ou mesures qui nous permettent de comprendre la santé actuelle de nombreux Canadiennes et Canadiens. Ces indicateurs permettent de répondre à la question suivante : « Quel est l'état de la santé des Canadiennes et Canadiens? »
- **Résultats sur la santé,** ou mesures qui permettent d'évaluer l'impact des programmes et des services de santé. Le CRIR s'est concentré sur les maladies qui ont l'impact le plus important sur la santé, le cancer, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, et a sélectionné des mesures pour lesquelles le lien entre les interventions du système de santé et les résultats est bien établi. Ces mesures prennent également en considération le fait que certaines interventions sont destinées à sauver des vies alors que d'autres ont pour but d'améliorer la qualité de vie dans le domaine de la santé.
- **Qualité des services,** ou mesures qui permettent d'évaluer si les Canadiennes et Canadiens reçoivent, au moment voulu des services de santé appropriés, efficaces et acceptables.

Le CRIR a ensuite divisé les 14 indicateurs de rendement en 67 mesures spécifiques qui peuvent être utilisées pour décrire plus en détail notre système de soins actuel (voir le diagramme de la page 9). Dans ce document, l'Ontario présente un rapport sur les 14 indicateurs et sur 54 des 67 mesures. À l'avenir, lorsque les problèmes techniques concernant les mesures qui restent seront résolus, l'Ontario inclura des mesures additionnelles dans son rapport. Le vérificateur provincial de l'Ontario a appliqué aux indicateurs de la santé présentés dans ce rapport des procédés de vérification déterminés. Son rapport, y compris les détails concernant les procédés appliqués, fait partie du présent rapport.

Données démographiques de l'Ontario : un instantané

La surveillance des indicateurs de la santé et du système de santé a pour but de s'assurer que les services de santé de la province répondent aux besoins de la population de l'Ontario, aujourd'hui et dans le futur. Parmi les facteurs qui ont une influence sur les besoins de santé en Ontario, on compte la croissance de la population, la diversité culturelle et le vieillissement[2]. En 2000-2001, la population de l'Ontario a augmenté de 205 100 habitants, passant à 11 874 400 (5 859 968 hommes et 6 014 468 femmes)[3]. Ceci représente une légère augmentation de 1,6 % par rapport au taux de l'année précédente qui était de 1,3 %. Actuellement, on estime que 38,4 % de la population du Canada vit en Ontario[4].

Cette augmentation est principalement due à l'immigration. En 2000-2001, environ 148 425 immigrants, soit approximativement 59,3 % de tous les immigrants arrivés au Canada, se sont installés en Ontario. Ceci représente une augmentation par rapport aux 133 323 et 104 010 immigrants arrivés en Ontario les deux années précédentes[5]. Les taux d'immigration de 2000-2001 en Ontario représentent plus de 72 % de la croissance démographique de la province pour cette période. Les 10 pays les plus représentés dans l'immigration vers l'Ontario en 2001 sont : la Chine, l'Inde, le Pakistan, les Philippines, la Corée du Sud, les États-Unis, l'Iran, la Roumanie, le Sri Lanka et le Royaume-Uni[6]. La population indienne inscrite, qui a augmenté de 2,4 % et a atteint 155 443 en 2000-2001, ajoute encore à la diversité ethnique de l'Ontario. Environ 25 % de la population indienne inscrite totale du Canada vit en Ontario[7].

La population de l'Ontario vieillit. Au cours de la dernière décennie, l'âge médian de notre population a augmenté de 3,6 ans, passant de 33,6 ans en 1991 à 37,6 en 2001. Les projections démographiques indiquent qu'en 2028, l'âge médian en Ontario sera de 43 ans. La croissance du nombre de personnes âgées s'accélérera après 2011, étant donné que la génération du baby-boom arrivera à 65 ans[8]. En 2028, la population de 65 ans et plus aura plus que doublé, passant de 1,4 million en 1999 (12,5 % de la population) à 3,2 millions (21,1 %), et la population de 75 ans et plus aura également plus que doublé, passant de 0,6 million à 1,4 million[9].

Les changements démographiques constituent un facteur clé dans le développement des initiatives de santé actuelles et futures en Ontario. Par exemple, pour servir efficacement une population dont la diversité culturelle croît, les services de soins pourraient devoir être offerts en plusieurs langues, tout en accentuant la sensibilisation aux réalités culturelles. La population vieillissante de l'Ontario augmentera également sa demande de services de santé et nos systèmes de santé devront s'adapter pour faire face aux pressions de cette nouvelle demande.

Par-dessus tout, le système de santé de l'Ontario est un service qui doit répondre aux besoins de tous les citoyens et citoyennes, quel que soit leur âge ou leur appartenance ethnique. L'Ontario s'efforce de répondre à ces besoins, en fournissant des soins appropriés, efficaces et durables aujourd'hui et à l'avenir.

---

[2] Statistique Canada, Population, Canada, les provinces et territoires, CANSIM tableau 051-0001.
[3] Ibid.
[4] Ibid.
[5] Citoyenneté et Immigration Canada – Faits et chiffres 2001 : Présentation de l'immigration.
[6] Ibid.
[7] Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada – Données de base du ministère 2001.
[8] Ministère des Finances de l'Ontario, Projections démographiques pour l'Ontario, 1999-2028.
[9] Ibid.

Indicateurs sur l'état de la santé

1. Espérance de vie

1a. Espérance de vie

Présentation
L'espérance de vie, ou le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en moyenne si le taux de mortalité et les conditions de vie demeurent identiques tout au long de sa vie, est l'un des indicateurs les plus utilisés pour évaluer la santé d'une population. L'espérance de vie fournit une image globale de la santé d'une population et de la qualité des soins que les personnes reçoivent lorsqu'elles sont malades : une population en bonne santé qui a accès à des soins de qualité peut espérer vivre plus longtemps.

L'espérance de vie peut être influencée par de nombreux facteurs, tels que le lieu de résidence d'une personne, son état civil, ses revenus ou sa scolarité. Les populations des pays développés ont généralement une espérance de vie supérieure à celle des populations des pays à revenu plus faible. L'espérance de vie est également affectée par les années déjà vécues. En vieillissant, les personnes peuvent bénéficier d'un taux de mortalité en baisse et d'un allongement de l'espérance de vie. Par exemple, en grandissant, les enfants deviennent plus résistants et la probabilité de souffrir de maladies potentiellement mortelles qui affectent les bébés diminue fortement. De plus, au fur et à mesure que les personnes vieillissent, leurs chances d'atteindre un âge plus avancé augmentent. Bien qu'une personne de 90 ans ait une plus forte probabilité de mourir au cours de l'année suivante, elle a également une plus grande chance d'atteindre 91 ans qu'une personne qui vient d'avoir 80 ans.

Espérance de vie en Ontario
En 1999, le Japon avait l'espérance de vie la plus élevée dans le monde : 84,1 ans pour les femmes et 77,3 ans pour les hommes[10]. À la même période, le Canada avait une espérance de vie de 81,7 ans pour les femmes et de 76,3 ans pour les hommes. L'espérance de vie en Ontario était légèrement supérieure à celle de la moyenne canadienne : 81,8 ans pour les femmes et 76,8 ans pour les hommes. Comme le montre le graphique suivant, l'espérance de vie des hommes et des femmes en Ontario augmente[11].

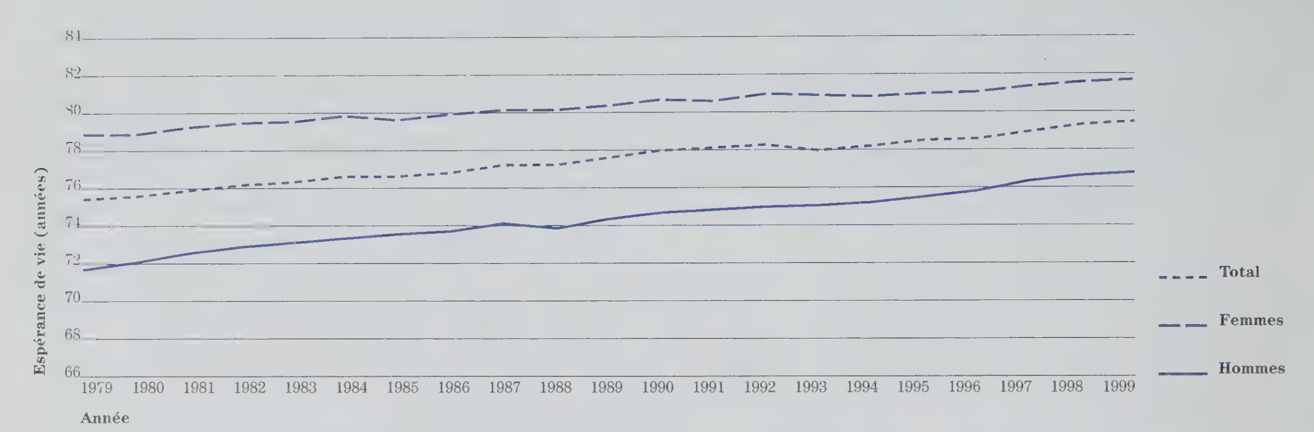
---

[10] Nations Unies – *Rapport mondial sur le développement humain*, 2001.

[11] Les taux utilisés dans ce tableau sur l'espérance de vie sont calculés avec des données qui excluent : les naissances de mères non-résidentes du Canada; les naissances de mères résidentes du Canada dont la province ou le territoire de résidence n'est pas connu; les décès de non-résidents du Canada; les décès de résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence n'était pas connu; les décès pour lesquels l'âge du défunt n'était pas connu.



Espérance de vie en années des hommes et des femmes en Ontario à partir de la naissance de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (estimations de la population)[12, 13]

L'espérance de vie varie en Ontario. Par exemple, les personnes qui vivent dans la zone du Nord des conseils régionaux de santé[14] ont une espérance de vie inférieure à la moyenne provinciale. Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes qui vivent dans les régions Nord et Centre-Sud est significativement plus basse que la moyenne de la province. Au cours de la dernière décennie, l'écart entre l'espérance de vie la plus basse et la plus haute de la province s'est agrandi, de 3,6 années en 1990 à 3,9 années en 1996-1997[15].

Services de santé qui ont une influence sur l'espérance de vie

L'espérance de vie est un indicateur de la quantité de vie plutôt que de sa qualité. Les individus peuvent vivre plus longtemps mais ne jouissent pas nécessairement d'une bonne santé. L'augmentation de l'espérance de vie peut être associée à une augmentation des maladies invalidantes graves. Par conséquent, l'objectif du système de santé doit être d'élaborer des stratégies, des programmes et des technologies de traitement qui non seulement augmentent le nombre d'années à vivre mais qui permettent également aux personnes de vivre ces années en bonne santé.

La façon la plus efficace d'améliorer la santé publique et l'espérance de vie est la prévention ou l'élimination des maladies. L'Ontario soutient un certain nombre de programmes et de services de santé destinés à prévenir et à éliminer la maladie et à augmenter l'espérance de vie. Quelques exemples :

- Trois programmes offerts dans tous les bureaux de santé publique de l'Ontario contribuent directement et indirectement à prévenir la maladie, à faire diminuer la mortalité et à augmenter l'espérance de vie des Ontariennes et des Ontariens de tous âges : Maladies chroniques et blessures, Santé familiale et Maladies infectieuses (voir les « Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires » de l'Ontario).

---

[12] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[13] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

[14] Les conseils régionaux de santé sont des organismes consultatifs de planification qui relèvent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces conseils recherchent, établissent et planifient les besoins des régions, ils coordonnent les activités de planification de la santé, ils surveillent le rendement du système de santé local et ils participent au développement social de leur région. Il y a 16 conseils régionaux représentant tous les résidents et résidentes de l'Ontario.

[15] Institut de recherche en services de santé, *Adding Years to Life and Life to Years: Life and Health Expectancy in Ontario*, février 2001.

- Action Cancer Ontario et le Programme de santé cardio-vasculaire de l'Ontario ont pour objectif d'éliminer des maladies pouvant être mortelles qui réduisent l'espérance de vie. Actuellement, on estime que l'élimination du cancer apporterait la contribution la plus importante, ajoutant 3,5 années à l'espérance de vie des hommes et des femmes, et que l'élimination de la cardiopathie ischémique serait la deuxième cause d'augmentation de l'espérance de vie, apportant aux hommes 3,2 années supplémentaires et 2,8 années aux femmes[16]. Par son engagement et son soutien aux services de soins contre le cancer et les maladies cardiaques, l'Ontario cherche à atteindre ou à dépasser ces gains.

Indicateurs connexes

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)

Présentation

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre sans incapacité modérée ou sévère, à partir de la naissance ou après 65 ans, sur la base des statistiques de mortalité et des tendances en matière de prévalence de l'incapacité selon l'âge et le sexe pour une année donnée. Cet indicateur est utilisé pour différencier les années pendant lesquelles une personne vit sans être limitée dans ses activités et les années pendant lesquelles au moins une de ses activités est limitée par une incapacité. En regard de cet indicateur, toute personne qui vit dans une institution ou dont le degré d'incapacité est suffisamment modéré ou sévère pour limiter une ou plusieurs activités est comptée comme handicapée. Toute personne qui a une incapacité qui *ne limite pas* ses activités n'est pas comptée comme handicapée.

L'indicateur EVSI a été créé pour rendre compte précisément du fait que toutes les années de vie ne sont pas vécues en parfaite santé. En vieillissant, les personnes sont plus susceptibles d'être atteintes de maladies chroniques, de devenir fragiles ou de présenter une incapacité. Pour une population vieillissante comme celle de l'Ontario, les années de vie sans incapacité sont de plus en plus importantes. La population veut savoir si l'augmentation de l'espérance de vie est associée à plus ou à moins d'incapacité. C'est pour cette raison que l'EVSI est de plus en plus utilisée pour compléter la mesure traditionnelle de l'espérance de vie et fournir une évaluation de la qualité autant que de la durée de la vie. Par exemple, si l'EVSI d'une population augmente plus rapidement que son espérance de vie, cela signifie non seulement que les personnes vivent plus longtemps, mais également qu'elles vivent une plus grande partie de leur vie sans incapacité et en bonne santé.

Espérance de vie sans incapacité en Ontario

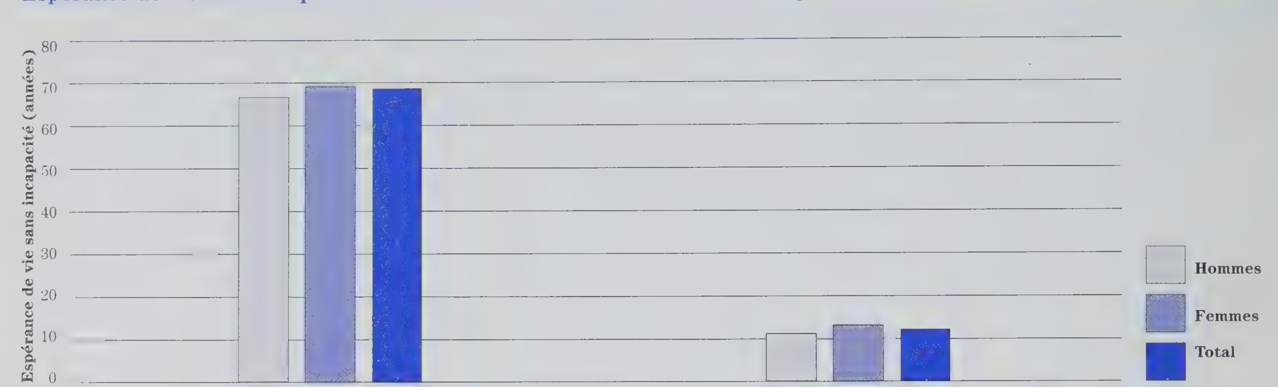
Comme le montre le graphique suivant, en Ontario, un individu moyen vit 68 ans sans incapacité à partir de la naissance et 11,3 ans sans incapacité après 65 ans. Il existe très peu de différences dans l'espérance de vie sans incapacité entre les hommes et les femmes en Ontario. Dans la province, les hommes vivent en moyenne 66,6 ans sans incapacité à partir de la naissance et 10,6 ans sans incapacité après 65 ans, les femmes vivent en moyenne 69,4 ans sans incapacité à partir de la naissance et 11,9 ans sans incapacité après 65 ans[17].

---

[16] Institut de recherche en services de santé, *Adding years to life and life to years: Life expectancy in Ontario*, février 2001.

[17] Dans les données de ce graphique, les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population dans les tables de survie utilisées pour l'analyse. Les individus vivant dans des bases militaires et dans les réserves des Premières nations sont exclus de l'enquête sur la santé et sont implicitement traités comme s'ils présentaient les mêmes taux moyens d'invalidité que le reste de la population.

Espérance de vie sans incapacité des hommes et des femmes en Ontario à partir de la naissance et après 65 ans - 1996



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, base de données sur les décès, recensement (population des collectivités)[18, 19]

L'espérance de vie sans incapacité varie dans la province. Les personnes qui vivent dans la région du Nord des conseils régionaux de santé ont une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle de la région Centre-Sud. Les Ontariennes et Ontariens qui ne vivent pas dans une institution peuvent espérer vivre 91,8 pour cent de leur vie en bonne santé[20].

Comme les données d'EVSI ne sont disponibles que depuis peu de temps, l'Ontario ne peut fournir aucun renseignement sur les tendances relatives à l'espérance de vie sans incapacité. Cependant, ces données seront utilisées à l'avenir afin d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention des maladies à conserver la santé et l'efficacité des interventions à rétablir la santé.

Services de santé qui ont une influence sur l'espérance de vie sans incapacité

L'Ontario a élaboré plusieurs initiatives de prévention et de traitement destinées à augmenter l'espérance de vie sans incapacité :

- La *Stratégie de lutte contre le diabète* favorise l'intervention et la prévention précoces des complications liées au diabète. En Ontario, le diabète est associé à environ 28 % des dialyses, 50 % des nouveaux cas de cécité et l'on estime que 21 % des personnes atteintes du diabète subiront une maladie cardiaque ou un accident vasculaire cérébral[21]. Plus de 100 centres d'éducation sur le diabète présents en Ontario fournissent éducation et services de suivi afin de réduire de 50 % l'incidence des complications liées au diabète.
- La *Stratégie visant la maladie d'Alzheimer* comprend une série de programmes de santé consacrés à l'amélioration, à la prévention, à l'éducation, aux directives cliniques, à la maîtrise, au traitement, à la surveillance et à la recherche qui sont destinés à réduire la mortalité, la morbidité et les coûts financiers associés à la maladie d'Alzheimer.
- Le *Plan d'action contre l'asthme* comprend une série de programmes de santé consacrés à l'amélioration, à la prévention, à l'éducation, aux directives cliniques, à la maîtrise, au traitement, à la surveillance et à la recherche destinés à réduire la mortalité, la morbidité et les coûts financiers associés à l'asthme. L'asthme, une des maladies chroniques les plus courantes et qui est en progression, touche environ 20 % des enfants et 10 % des adultes en Ontario[22]. Il a également une incidence significative sur l'utilisation des services de soins et les dépenses de santé ainsi que la productivité au travail et la qualité de vie des asthmatiques et de leur famille.

---

[18] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[19] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

[20] Institut de recherche en services de santé, *Adding years to life and life to years: Life expectancy in Ontario*, février 2001.

[21] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport du médecin hygiéniste en chef, Diabète : Stratégies de prévention*, novembre 1999.

[22] The Ontario Lung Association, *Your Lungs: What is Asthma?*, 2001.

- La *Stratégie de prévention des accidents vasculaires cérébraux* a pour objectif de réduire les séquelles et d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité. Par exemple, les équipes d'intervention d'urgence sont formées pour reconnaître les accidents ischémiques cérébraux et pour transporter les malades vers les hôpitaux qui peuvent fournir un traitement thrombolytique (tpA). Lorsque le tpA est administré dans les trois heures suivant l'accident, il peut supprimer certains effets invalidants. Les projets pilotes de réadaptation dans le cas des accidents vasculaires cérébraux amènent des changements dans la façon de traiter les malades et permettent aux survivants d'améliorer leur qualité de vie. Le ministère a également versé des fonds à la Fondation des maladies du cœur pour qu'elle élabore un manuel destiné aux établissements de soins de longue durée pour les aider à traiter ces patients.
- Les 55 *centres de santé communautaire* (CSC) de l'Ontario offrent des programmes et des services comprenant des services de soins primaires, des programmes d'éducation sur la santé, en groupe et individuellement, et des initiatives de prévention pour toute la collectivité, tels que des groupes pour faire de l'exercice pour les personnes souffrant d'arthrite, des campagnes de promotion et d'information sur la santé qui traitent de nombreux problèmes de santé pouvant entraîner une incapacité.
- La *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones* finance 10 Centres autochtones d'accès à la santé, dont l'objectif est de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et d'apporter les traitements destinés à améliorer l'espérance de vie sans incapacité.
- Les *Services de soins à domicile* regroupent des ergothérapeutes qui font des évaluations de la sécurité à domicile pour réduire les risques de blessures. Ils fournissent une thérapie de réadaptation aux personnes qui ne peuvent pas se rendre aux services de consultations externes. Ceci permet d'améliorer la capacité du système de santé à fournir des programmes de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie aux patients à la suite d'un accident, d'un accident vasculaire cérébral ou d'autres blessures.
- Le *Programme d'appareils et accessoires fonctionnels* offre un financement aux résidents de l'Ontario qui ont une incapacité physique pour qu'ils puissent acheter des appareils et des accessoires fonctionnels leur permettant d'augmenter leur autonomie.
- Le projet pilote sur l'arthrite des centres de santé communautaire de l'Ontario s'est achevé récemment. Il suivait les lignes directrices pour la pratique clinique sur la prise en charge de l'arthrite et a créé des ressources ainsi que des trousses d'information pour l'autotraitement des patients. Il a également offert une formation professionnelle à des équipes soignantes pluridisciplinaires. D'après l'évaluation des résultats, le projet pilote a eu des retombées sur la santé et a permis d'améliorer à la fois les connaissances des patients et les soins apportés.
- L'Ontario élabore actuellement un *Plan d'action contre l'ostéoporose* pour améliorer et promouvoir la prévention et le traitement de cette maladie.
- La *Stratégie sur la toxicomanie* cherche à prévenir et à traiter les dépendances liées à la consommation d'alcool, de drogues, de solvants et aux problèmes de jeu, qui peuvent provoquer une incapacité et constituer un danger pour la santé et l'espérance de vie.
- Les *Services de santé mentale et de logement supervisé* fournissent des services de logement et d'assistance aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendances, ainsi qu'aux patients en soins de longue durée dans la collectivité.

La province de l'Ontario continuera d'apporter son soutien à ces programmes et services et de les améliorer.

Indicateurs connexes

5a-d. Changement de l'espérance de vie
6a. Taux d'arthroplastie totale de la hanche
6b. Taux d'arthroplastie totale du genou
7a-d. Réduction du fardeau des maladies et des lésions
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante

2. Mortalité infantile

Présentation

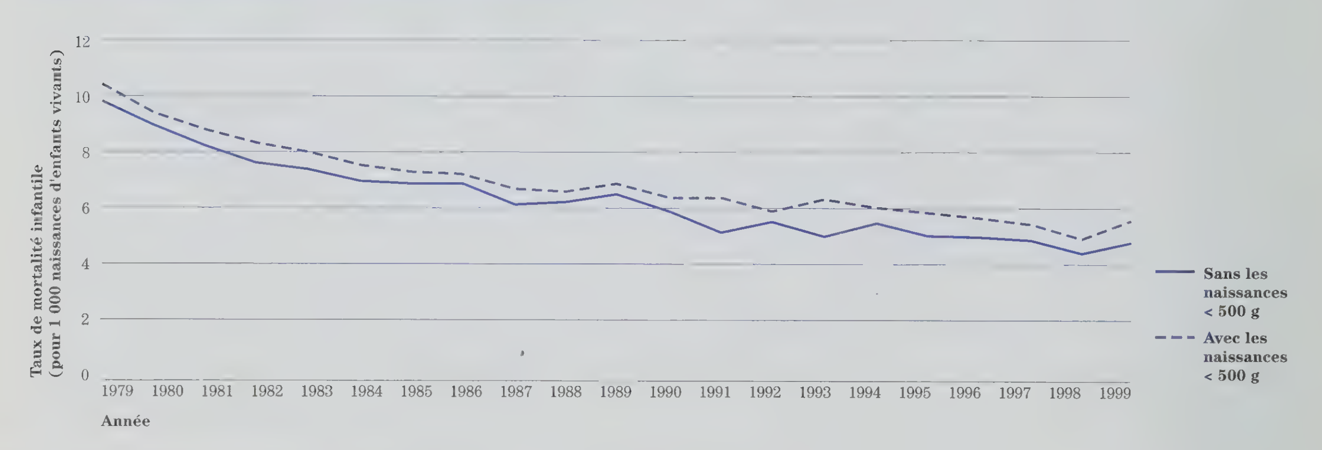
Le taux de mortalité infantile est une mesure reconnue de la santé infantile. Cet indicateur renseigne sur l'état de santé et des soins d'une population, sur l'efficacité des soins préventifs et sur l'attention apportée à la santé des mères et des enfants. Les taux de mortalité infantile peuvent également renseigner sur la disponibilité des techniques génésiques, lesquelles ont une incidence sur le taux des naissances multiples et prématurées. L'un des principaux facteurs de risque de mortalité infantile au Canada est l'insuffisance pondérale à la naissance (c.-à-d., entre 500 et 2 500 grammes). Les naissances prématurées représentent environ 75 à 85 % des morts périnatales au Canada[23]. Des soins prénataux précoces et réguliers suivis d'un bon niveau de soins obstétriques pendant le travail, l'accouchement et la période post-partum semblent avoir des effets significatifs sur le poids à la naissance et sur la proportion de bébés survivant à une insuffisance pondérale à la naissance.

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre de bébés décédés au cours de leur première année de vie et le nombre total de naissances pour l'année. La mortalité infantile est exprimée sous forme de taux (par 1 000 naissances de bébés vivants) annuel.

Mortalité infantile en Ontario

En 1999, le taux de mortalité infantile au Canada, pour les nouveau-nés de plus de 500 grammes, était de 4,4 pour 1 000 et celui de l'Ontario était légèrement plus élevé, soit 4,6 pour 1 000. Au cours des 20 dernières années, le taux de mortalité infantile de l'Ontario a baissé à un rythme relativement constant (voir le graphique ci-dessous). Lorsque l'on ajoute les nouveau-nés de moins de 500 grammes, la baisse de la mortalité infantile est légèrement moins significative[24].

Taux de mortalité infantile en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les naissances et les décès[25,26]

---

[23] *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000.*

[24] Pour des raisons de calcul, les naissances dont la mère ne réside pas au Canada et morts infantiles chez les non-résidents du Canada et les naissances hors de la province ou du territoire de résidence de la mère sont exclues de l'échantillon. Les bébés décédés hors de la province ou du territoire de résidence de la mère sont inclus dans les statistiques de la province ou du territoire de résidence de la mère.

[25] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[26] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé dont l'objectif est d'abaisser la mortalité infantile
L'Ontario a élaboré de nombreux programmes dont l'objectif est d'abaisser la mortalité infantile et d'augmenter la proportion de bébés nés avec un poids sain :

- Des bureaux de santé publique partout dans la province offrent des programmes de *santé et reproduction et de santé de l'enfant* qui ont pour objectif de promouvoir les compétences parentales et de fournir des renseignements sur des sujets tels que la nutrition des bébés, la prévention des blessures, le fonctionnement familial, le soutien social et les compétences parentales.
- Le programme « *Bébés en santé, enfants en santé* », conjoint au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et au ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance (MSCFE), est un programme de prévention et d'intervention précoce destiné à fournir des services universels pour améliorer la santé et le bien-être de tous les enfants de l'Ontario, de la période prénatale jusqu'à l'âge de six ans. De plus, il offre des services intensifs ciblés pour les familles à haut risque en ce qui concerne les problèmes de développement des enfants en santé. Les services universels comprennent un dépistage prénatal des risques sociaux et environnementaux et du matériel éducatif sur le développement sain des enfants. Par ailleurs, les services ciblés offrent des visites à domicile par des professionnels et, dans les cas appropriés, par des non professionnels. Le programme est géré par les bureaux de santé publique de la province, mais toutes les organisations et agences qui s'occupent de la famille et de l'enfance interviennent. En place depuis quatre ans, « Bébés en santé, enfants en santé » a déjà eu des effets positifs. Les résultats préliminaires indiquent que les parents des familles à haut risque qui participent au programme ont une plus grande confiance dans leurs compétences parentales et que leurs enfants obtiennent de meilleurs résultats dans les mesures du développement infantile par rapport aux familles à haut risque qui ne participent pas au programme.
- La *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones* offre un programme « Bébés en santé, enfants en santé » qui fournit les mêmes programmes et services aux collectivités autochtones.
- Depuis 1994, le *Programme ontarien de coordination des services de sages-femmes* finance des services de sages-femmes par l'intermédiaire de 20 organismes provinciaux bénéficiaires de paiements de transfert. Les sages-femmes fournissent éducation et soutien prénatal et postnatal complets, ce qui contribue à améliorer la nutrition maternelle et le taux d'allaitement naturel des nourrissons.

Indicateurs connexes
3. Insuffisance pondérale à la naissance
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante

3. Insuffisance pondérale à la naissance

Présentation
L'insuffisance pondérale à la naissance (poids supérieur à 500 grammes mais inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur de la santé générale des nouveau-nés et un facteur déterminant de la mortalité infantile. Les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale sont exposés à un risque plus élevé de mourir pendant leur première année de vie. Ils ont également plus de risques d'avoir de certains handicaps, tels que la déficience mentale, les problèmes visuels et respiratoires et les difficultés d'apprentissage.

Les femmes en bonne santé sont plus susceptibles d'avoir des bébés ayant un poids sain à la naissance, alors que les femmes qui fument pendant la grossesse ou qui ne sont pas en bonne santé avant la grossesse ont une probabilité plus élevée d'avoir des bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance. Cette insuffisance est également liée à des facteurs sociaux, tels que l'exposition à la fumée secondaire et les mauvaises conditions économiques. Les femmes pauvres sont plus susceptibles d'avoir des bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance, laquelle est également associée aux naissances multiples (ex., jumeaux, triplets), aux naissances prématurées et à la procréation médicalement assistée.

L'accès à des soins prénataux réguliers et précoces et à un niveau approprié de soins obstétriques pendant le travail, la naissance et la période post-partum peut réduire le nombre de bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance et peut augmenter le nombre de ces bébés qui survivent.

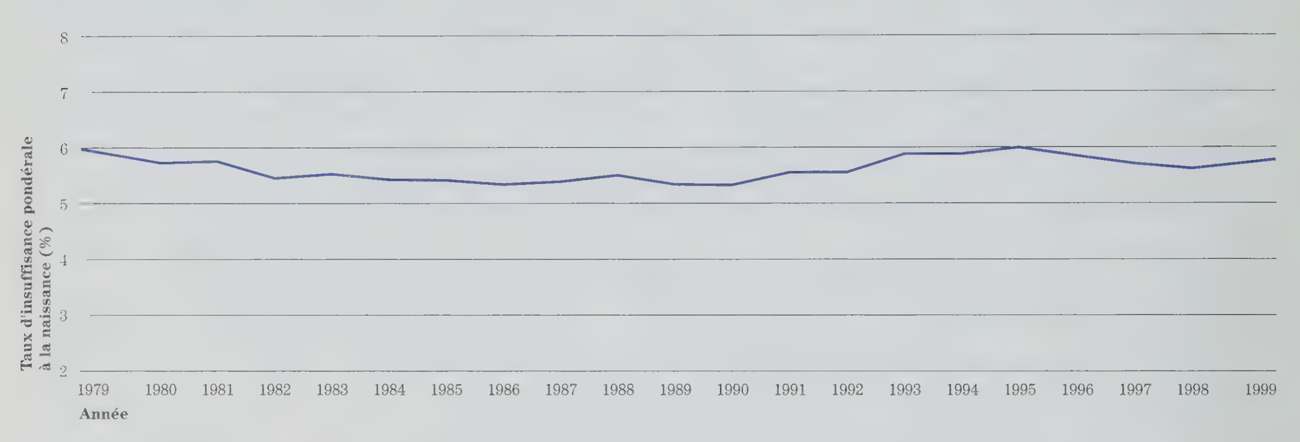
L'insuffisance pondérale à la naissance est exprimée sous forme de pourcentage, et elle est définie comme étant la proportion des naissances de bébés vivants (dont le poids est connu) ayant un poids inférieur à 2 500 grammes et d'au moins 500 grammes[27].

Insuffisance pondérale à la naissance en Ontario

En 1999, l'Ontario avait un taux d'insuffisance pondérale de 5,8 % pour toutes les naissances, un taux de 2,0 % pour les naissances à terme et de 1,7 % pour les naissances à terme d'un enfant unique. Le taux d'insuffisance pondérale à la naissance de l'Ontario se compare avantageusement avec ceux d'autres pays développés. En 1997, le taux ontarien était de 5,8 %, alors que le taux de 26 des 30 pays développés était de 6,1 % des naissances vivantes[28].

En Ontario, le taux d'insuffisance pondérale pour les naissances à terme a légèrement baissé au cours des 10 dernières années et le taux actuel de 2,0 % est prometteur.





Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les naissances et les décès[29, 30, 31]

Le fait que le taux total pour la province soit plus élevé peut être dû en partie à la force de son programme néonatal et de soins intensifs. Grâce à ce programme, les chances de survie des bébés issus de naissances multiples et des bébés prématurés sont meilleures. Cette capacité du système de santé à intervenir et à sauver les bébés prématurés est reflétée dans le taux total d'insuffisance pondérale à la naissance de la province.

---

[27] Au fil du temps, la déclaration des naissances vivantes de moins de 500 grammes s'est améliorée. Toutefois, pour pouvoir comparer l'insuffisance pondérale à la naissance selon les années et les différents territoires, les naissances dont le poids de l'enfant est inconnu ainsi que celles de moins de 500 grammes ont été exclues de ce rapport.

[28] Comité de revue des indicateurs de rendement, *Proposition pour l'établissement de rapports comparables FPT dans 14 domaines d'indicateurs*, juin 2002.

[29] Les taux calculés excluent les poids à la naissance inférieurs à 500 grammes et les naissances de mères qui ne sont pas résidentes du Canada. Les bébés nés hors de l'Ontario de mères résidentes de l'Ontario sont inclus dans le calcul du taux pour l'Ontario.

[30] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[31] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé dont l'objectif est de promouvoir un poids sain à la naissance
L'Ontario a mis en œuvre plusieurs programmes destinés à favoriser les grossesses en santé et à faire réduire le nombre de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale dans la province :

- Le programme *Santé et reproduction* offert par les bureaux de santé publique a pour objectif de réduire à 4 % le taux d'insuffisance pondérale à la naissance avant 2010. Pour promouvoir les grossesses en santé, il fournit une formation sur les pratiques de santé personnelle dans les écoles, sur les lieux de travail et dans les agences locales.
- Le *Plan d'action sur la petite enfance* de l'Ontario rassemble plusieurs programmes destinés à promouvoir les grossesses et les naissances en santé ainsi qu'un développement optimal pendant les premières années de la vie. Ces programmes comportent « *Bébés en santé, enfants en santé* », la planification familiale dans les *centres de santé communautaire*, l'éducation et le soutien parental apporté par les *Centres de développement de la petite enfance de l'Ontario* et les programmes de santé publique tels que la *Promotion d'une grossesse en santé et du développement des enfants* et *Soutien pour les femmes à grossesse à risque.*
- Les programmes *SAF-EAF des Autochtones* (Syndrome d'alcoolisme fœtal - Effet de l'alcool sur le fœtus) et *Alimentation pour les enfants autochtones* fournissent des services prénataux aux femmes autochtones.

Indicateurs connexes
2. Mortalité infantile
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14c. Indice de masse corporelle

4. État de santé autodéclaré

Présentation
L'état de santé autodéclaré, soit la façon dont les personnes évaluent leur propre santé, est un indicateur subjectif de la santé physique et mentale générale des personnes. L'évaluation de sa santé par un individu peut prendre en compte une maladie naissante, la sévérité de la maladie, les aspects positifs de l'état de santé et la fonction sociale et mentale. Elle est également influencée par des déterminants bien connus de la santé, tels que le revenu, le statut social, le niveau de scolarité, le travail, les réseaux de soutien social et l'environnement matériel[32]. Par exemple, les personnes dont le niveau de scolarité, le travail et le revenu sont bons auront tendance à se juger en bonne santé.

Des études indiquent que lorsque des personnes évaluent leur propre santé, elles fournissent des renseignements qui ont un pouvoir prédictif important sur l'incidence des maladies chroniques, le déclin fonctionnel, les services disponibles et, enfin, la survie[33]. De nombreuses études longitudinales ont mis en évidence que l'autodéclaration de la santé est un facteur prédictif de la mortalité, même lorsque des mesures plus objectives, telles que les évaluations cliniques, sont prises en considération[34].

Les données sur l'état de santé autodéclaré ont été recueillies par l'intermédiaire des recensements de la population (Enquête nationale sur la santé de la population, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) âgée de 12 ans et plus vivant en ménage privé. Les participants ont été priés d'évaluer leur santé sur une échelle de cinq points : mauvaise, assez bonne, bonne, très bonne et excellente. Le nombre de personnes ayant évalué leur santé comme excellente ou très bonne est indiqué dans ce rapport, sous forme de pourcentage.

---

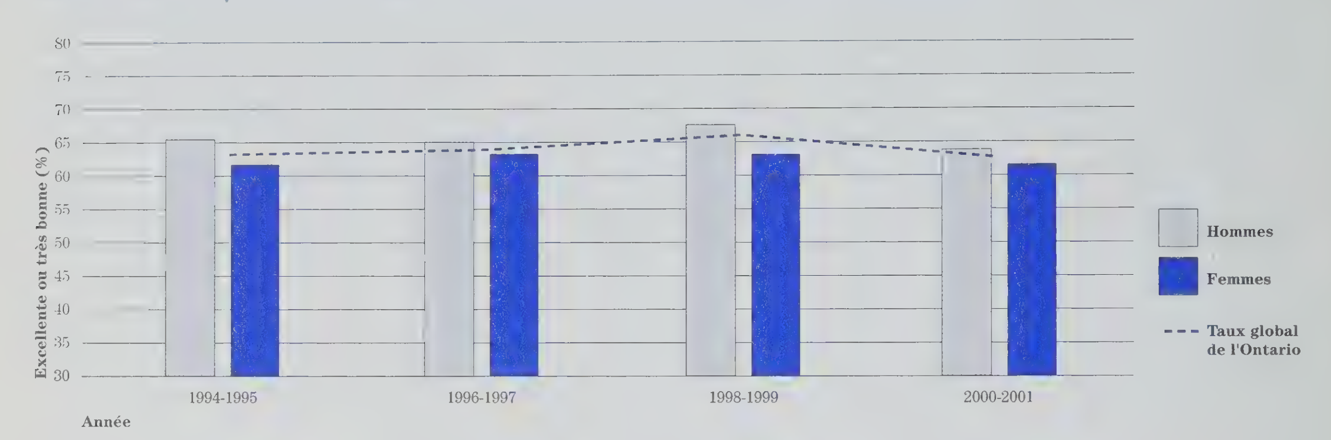
[32] Rapport du Comité de revue des indicateurs de rendement. « *L'action intersectorielle pour une population en santé* », juin 1999.
[33] Comité de revue des indicateurs sur le rendement, *Proposition pour l'établissement de rapports comparables FPT dans 14 domaines d'indicateurs*, juin 2002.
[34] Ibid.

État de santé autodéclaré en Ontario

Comme le graphique suivant l'indique, les niveaux d'état de santé autodéclaré sont demeurés relativement constants pour les hommes et les femmes. Le graphique indique également que les hommes en Ontario sont légèrement plus susceptibles que les femmes d'évaluer leur santé comme étant excellente ou très bonne (64,6 % comparativement à 61,6 % en 2000-2001). Il est à noter que 11,6 % des hommes ont évalué leur santé comme étant assez bonne ou mauvaise contre 12,7 % des femmes en 2000-2001.



État de santé autodéclaré des hommes et des femmes en Ontario de 1994-1995 à 2000-2001

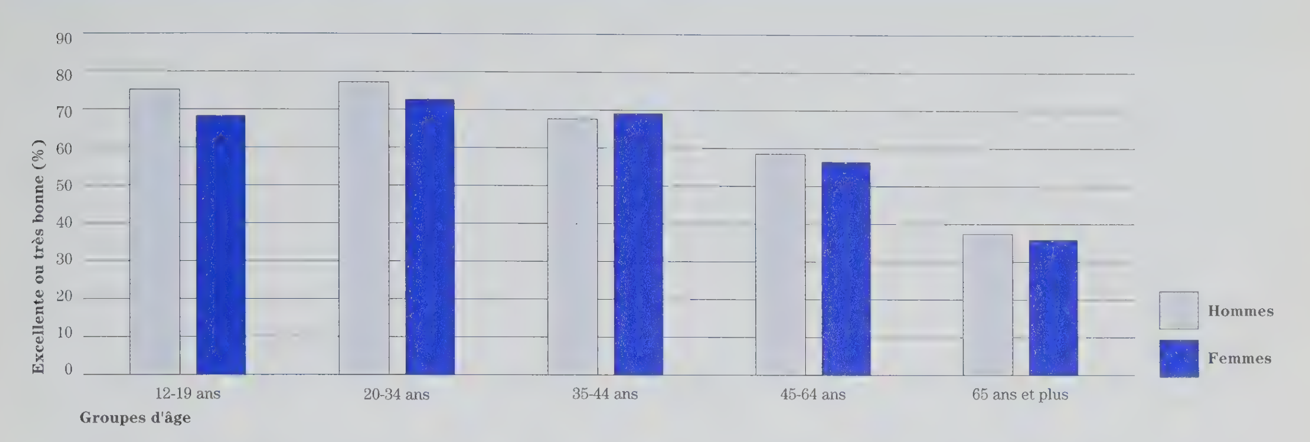


Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population (1994-95 à 1998-99),[35] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1 – 2000-2001

L'âge paraît être un facteur significatif dans l'état de santé autodéclaré. Les Ontariennes et Ontariens dans la vingtaine et la trentaine sont plus susceptibles d'avoir une bonne perception de leur santé (76,3 % des hommes et 72,5 % des femmes), tandis que seulement 37,2 % des personnes de 65 ans et plus considèrent leur santé comme étant excellente ou très bonne.

[35] Les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclues de l'échantillon. Les personnes âgées de moins de 12 ans ne sont pas interrogées.

État de santé autodéclaré des hommes et des femmes en Ontario selon divers groupes d'âge, 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1 – 2000-2001

Services de santé dont l'objectif est de promouvoir l'autodéclaration de la santé

La province de l'Ontario reconnaît qu'il existe des disparités dans la perception de la santé et qu'elles sont influencées par le système de santé ainsi que par de nombreux autres facteurs, tels que le revenu financier, l'instruction, le travail et le soutien social. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée élabore ses politiques, ses programmes et ses initiatives en tenant compte de ce contexte en vue d'améliorer la santé de tous les Ontariennes et Ontariens.

Indicateurs connexes

L'état de santé autodéclaré peut être influencé par toutes les mesures des indicateurs sur l'état de la santé, des résultats sur la santé et de la qualité des services.

Indicateurs des résultats sur la santé

5. Changement de l'espérance de vie

5a. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal, des infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux

5ai. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal

Présentation

Le cancer est une des causes principales de morbidité et de mortalité en Ontario et un facteur aggravant dans les morts prématurées tant chez les personnes âgées que les autres. Le risque d'être atteint du cancer augmente de manière très nette après 65 ans. Le vieillissement de la population de l'Ontario signifie qu'une plus grande proportion risque d'être atteinte du cancer. Cette maladie entraîne également un fardeau substantiel pour le système de santé. Sur le plan des coûts directs de santé, le cancer arrive en deuxième position, après les maladies cardio-vasculaires et respiratoires.

Certains facteurs de risque du cancer sont également associés à d'autres maladies pouvant être mortelles, telles que les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux : tabagisme, mauvaise alimentation et manque d'exercice physique. D'autres sont spécifiques au cancer, comme l'exposition au soleil, qui est la cause de la plupart des cancers de la peau, dont les mélanomes.

Au cours des 20 dernières années, il y a eu d'importantes avancées dans les traitements et dans les technologies qui permettent aux patients atteints du cancer de vivre plus longtemps et d'avoir une meilleure qualité de vie. En mesurant les taux de mortalité associés à différents types de cancers, l'Ontario peut évaluer les retombées et l'efficacité des programmes de prévention, de dépistage précoce et de traitement.

Le taux de mortalité due à chaque type de cancer est défini comme le taux de mortalité pour 100 000 personnes si la population d'une année donnée a la même structure d'âge que la population du Canada en 1991. Ceci permet une meilleure comparaison dans le temps.

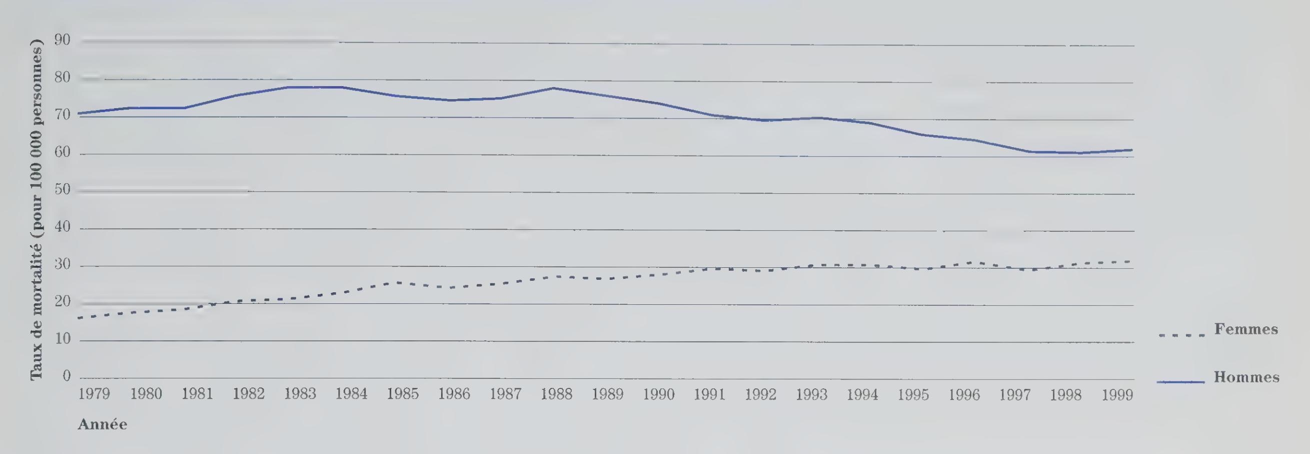
Taux de mortalité due au cancer en Ontario

Le *cancer du poumon* est actuellement la principale cause de mortalité due au cancer en Ontario, ainsi que dans les autres provinces et territoires. Le tabagisme est une des causes principales du cancer du poumon et un facteur de risque significatif de maladies cardio-vasculaires et respiratoires. De 1994 à 2000, le taux de tabagisme en Ontario a connu une diminution constante et il est maintenant à son plus bas niveau, soit 24,5 %[36]. Pour conserver leur efficacité, les efforts investis pour faire reculer le cancer du poumon et les décès qu'il entraîne doivent porter autant sur la prévention que sur le traitement.

---

[36] Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population (1994-95 à 1998-99). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1 – 2000-2001.

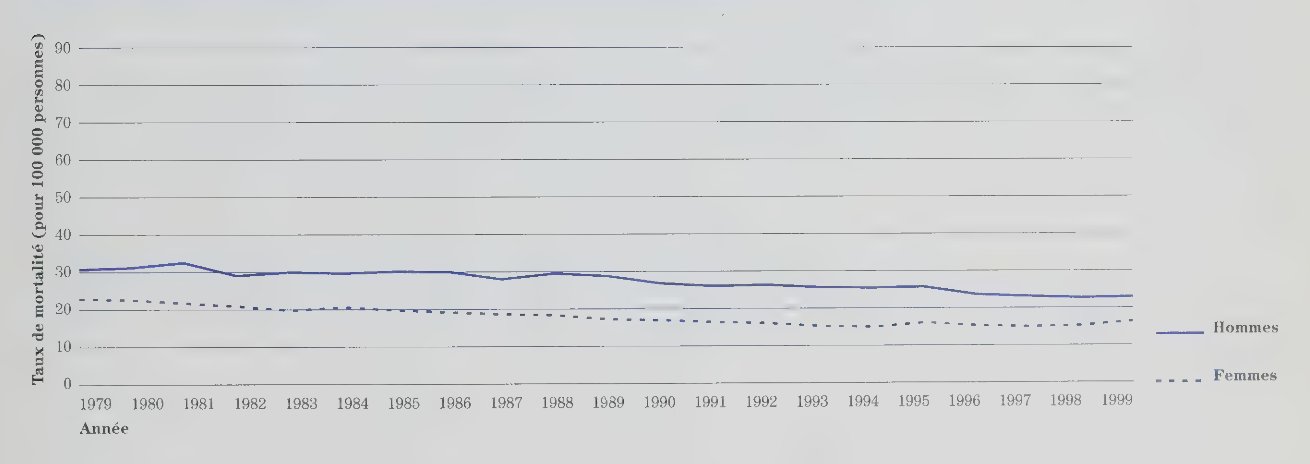
Taux de mortalité due au cancer du poumon en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, et Division de la démographie[37, 38]

Le *cancer colorectal* est la deuxième cause de mortalité due au cancer pour les deux sexes. Cependant, le taux de mortalité due au cancer pour les hommes et les femmes est à la baisse. Les raisons précises de cette baisse font l'objet de recherches. Les changements dans le mode de vie, dans l'alimentation par exemple, peuvent avoir contribué à la baisse du nombre de décès. La disponibilité de tests de dépistage peut également avoir eu un effet.

Taux de mortalité due au cancer colorectal en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Division de la démographie[39,40]

---

[37] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[38] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

[39] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[40] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Chez les femmes, le *cancer du sein* est maintenant la deuxième cause de mortalité due au cancer en Ontario. Cependant, depuis 1990, le taux de mortalité due au cancer du sein connaît une baisse constante. Celle-ci peut être reliée aux améliorations des traitements et au dépistage précoce. Bien que les principaux facteurs de risque du cancer du sein semblent être les tendances en matière de procréation et les antécédents familiaux, on croit qu'une mauvaise alimentation et le manque d'exercice peuvent également jouer un rôle. Des recherches sont en cours pour confirmer le rôle et l'influence des facteurs liés au mode de vie dans les cas de cancer du sein.

Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Division de la démographie[41,42]

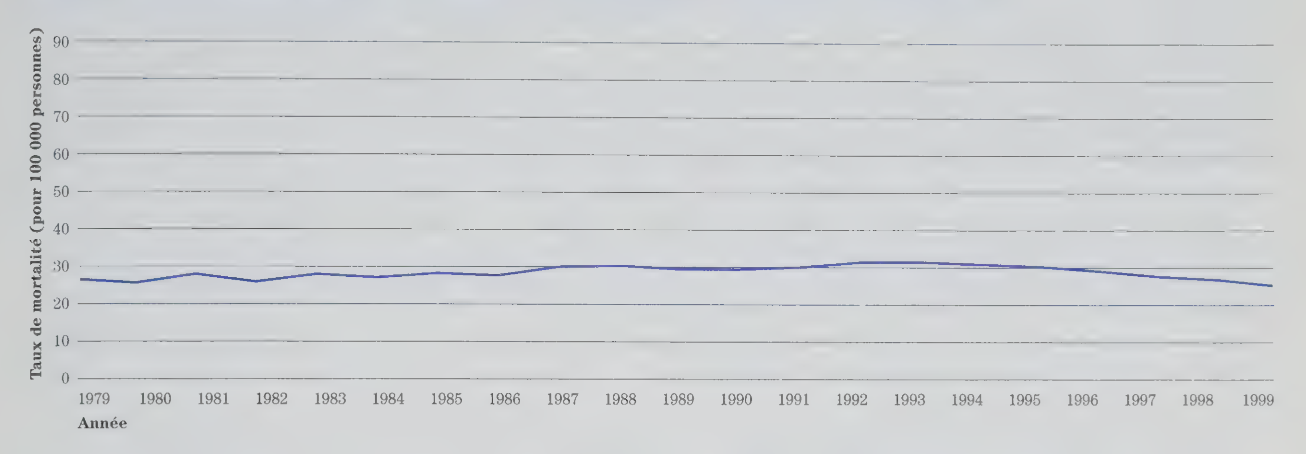
---

41 En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

42 On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Chez les hommes, le *cancer de la prostate* est maintenant la deuxième cause de mortalité due au cancer en Ontario. L'âge est le principal facteur contributif du cancer de la prostate.

Taux de mortalité due au cancer de la prostate chez les hommes en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Division de la démographie[43,44]

[43] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[44] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé qui ont une influence sur le taux de mortalité due au cancer

L'Ontario convient qu'il faut prévoir les demandes de traitement du cancer et s'assurer que les capacités matérielles et les ressources humaines sont disponibles pour fournir des soins de qualité. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que ses fournisseurs de soins de santé travaillent à l'amélioration de la prévention, du dépistage précoce et du traitement pour réduire la mortalité entraînée par le cancer.

- Depuis 1995, le gouvernement de l'Ontario a augmenté le financement de plus de 177 millions de dollars pour le traitement du cancer. En 2002, le gouvernement a également alloué 141 millions de dollars pour la construction de cinq nouveaux centres régionaux de cancérologie et 86 millions de dollars pour agrandir six centres existants. Le ministère a également prévu engager 40 millions de dollars pour les nouvelles techniques thérapeutiques et de traitement, 30 millions de dollars pour moderniser et mettre à niveau l'équipement de radiothérapie et 50 millions de dollars sur trois ans pour améliorer le Réseau ontarien de recherche sur le cancer. *Action Cancer Ontario* (ACO) est le conseiller principal du gouvernement sur les questions relatives au cancer et est responsable de la planification de tous les aspects du système de soins en cancérologie de l'Ontario. L'ACO décide des directions à prendre et sert de moteur pour un grand nombre de services dont la prévention, le traitement, les soins palliatifs et la recherche. Elle préside au développement de normes provinciales pour les soins et également à l'élaboration des lignes directrices pour le traitement et les soins.
- La *Stratégie antitabac de l'Ontario* joue un rôle vital dans la prévention du tabagisme et d'autres activités connexes. Le tabagisme est un facteur de risque important dans le cancer du poumon. En 2000-2001, le financement par le ministère des activités antitabac est passé de 9 à 19 millions de dollars. Ceci comprend 1,0 million de dollars pour la Société canadienne du cancer (Division de l'Ontario) pour établir la *Téléassistance pour fumeurs.*
- En 2000-2001, le ministère a étendu le *Programme ontarien de dépistage du cancer du sein* pour que toutes les femmes de 50 ans et plus puissent avoir un meilleur accès au dépistage du cancer du sein. Le programme a ouvert 18 nouveaux centres, portant le total à 72 centres dans la province, et a observé une augmentation de 22 % du nombre de femmes dépistées.
- Les *Tests de dépistage pour le cancer du côlon* sont maintenant disponibles pour tous les Ontariennes et Ontariens par l'intermédiaire de leur médecin de famille. Par ailleurs, le ministère travaille avec Action Cancer Ontario pour élaborer et mettre en place un projet pilote pour le dépistage du cancer colorectal.
- En 2000-2001, l'Ontario a lancé un nouveau programme à l'échelle de la province pour permettre aux personnes admissibles de bénéficier d'un dépistage génétique des cancers du sein, de l'ovaire et du côlon.

5aii. Taux de mortalité ajusté selon l'âge des cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM)

Présentation

Les maladies cardio-vasculaires restent la principale cause de mortalité chez les Ontariennes et Ontariens et l'infarctus aigu du myocarde (IAM) entraîne la plupart de ces décès[45]. Le fardeau économique des maladies cardio-vasculaires sur la société est également lourd. Ces maladies coûtent à l'Ontario environ 5,5 milliards de dollars par an (environ 2 % du PIB de la province)[46]. Certains facteurs de risque de l'IAM sont : l'hypertension, la maîtrise du diabète, le tabagisme, un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 27, une alimentation dont plus de 30 % des calories proviennent des matières grasses et un mode de vie sédentaire[47].

Taux de mortalité due à l'IAM en Ontario

Le taux de mortalité due à l'IAM en Ontario est en baisse constante depuis 1979. Cependant, en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population de l'Ontario, on prévoit une augmentation du nombre de décès dus aux maladies cardio-vasculaires, et qu'il ait doublé en 2018.

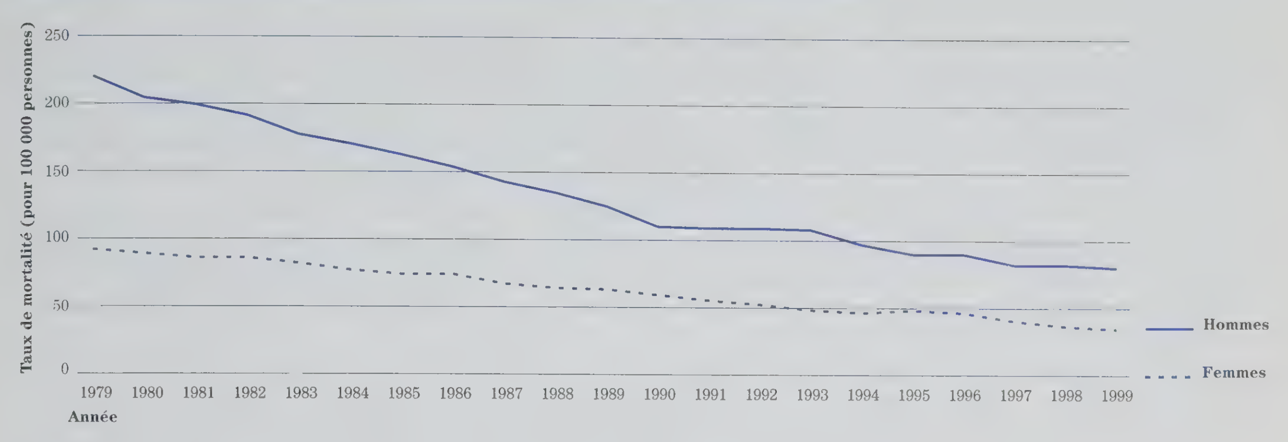
---

[45] L'infarctus aigu du myocarde, souvent appelé crise cardiaque, est une maladie qui résulte de la baisse ou du blocage du débit sanguin vers le cœur.

[46] C. David Naylor et Pam Slaughter, *Cardiovascular Health & Services in Ontario: An ICES Atlas*, février 1999.

[47] Institut de recherche en services de santé, *The 'Heart' of Ontario – The Where and Why and Who of Cardiovascular Disease*, mars 1999.

Taux de mortalité due à l'infarctus aigu du myocarde en Ontario de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Division de la démographie[48, 49]

L'incidence et la prévalence des maladies cardio-vasculaires varient à l'échelle de la province. La région Nord de l'Ontario à un taux de prévalence des maladies cardio-vasculaires de 50 % supérieur à celui des régions Centre-Ouest ou Centre-Est[50]. Environ 30 % de la variation par région des taux de maladies cardiaques et des taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires en Ontario peut être attribuée à la variation régionale des facteurs de risque modifiables, comme le tabagisme, la masse corporelle, l'hypertension et la maîtrise du diabète[51].

Services de santé qui ont une influence sur le taux de mortalité due à l'IAM

L'Ontario a lancé différents programmes pour améliorer la santé des personnes qui ont subi un IAM ou avant que cela ne se produise :

- Des améliorations dans les domaines du diagnostic et des traitements des interventions cardiaques sont en cours.
- En plus d'un plan d'extension pluriannuel en matière de soins cardiaques, l'Ontario a consacré des fonds sur cinq ans pour un programme de *Santé cardio-vasculaire* afin de traiter des facteurs de risque qui entraînent les maladies cardio-vasculaires.
- L'Ontario comprend l'importance de la promotion de la santé et œuvre à promouvoir la santé cardiaque au moyen de choix de mode de vie bénéfiques, particulièrement parmi les personnes identifiées comme présentant un risque élevé. En 2000-2001, la province a augmenté son financement pour la lutte antitabac, qui est passé de 9 à 19 millions de dollars, dont 1 million de dollars pour créer la ligne de Téléassistance pour fumeurs de la Société canadienne du cancer (Division de l'Ontario), un service téléphonique gratuit à l'échelle de la province pour aider les personnes à cesser de fumer. La lutte contre le diabète a reçu un supplément de 7 millions de dollars pour étendre les programmes d'éducation à toute la province; plus de 100 programmes de ce genre sont actuellement en œuvre. La stratégie de lutte contre le diabète est axée sur la promotion de l'autotraitement et sur la prévention des complications, y compris l'IAM, pour plus de 600 000 personnes souffrant du diabète en Ontario.

---

[48] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[49] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

[50] L'Institut de recherche en services de santé , *The 'Heart' of Ontario – The Where and Why and Who of Cardiovascular Disease*, mars 1999.

[51] Ibid.

5aiii. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas d'accidents vasculaires cérébraux

Présentation

Les accidents vasculaires cérébraux sont la cause principale de mortalité et d'incapacité neurologique en Ontario,[52] et l'une des raisons pour lesquelles les personnes âgées sont transférées en soins de longue durée. En 2000, au moins 90 000 Ontariennes et Ontariens vivaient avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, ce qui inclut les déficits moteur, sensoriel et cognitif ou de communication[53].

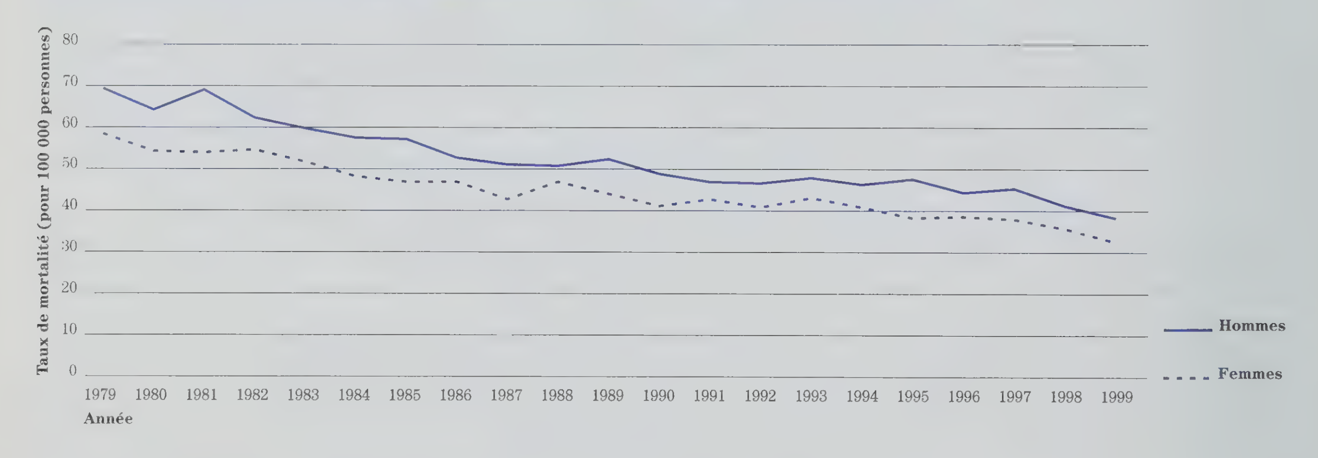
Les accidents vasculaires cérébraux sont également un fardeau économique important. Le coût économique des accidents vasculaires cérébraux pour l'Ontario est estimé à environ 857 millions de dollars par an, et se situe dans une fourchette de 719 millions à 964 millions de dollars. Bien que la majorité des survivants à un accident vasculaire cérébral retournent vivre dans la collectivité, jusqu'à 87 % en gardent des séquelles qui restreignent leurs activités quotidiennes[54].

Dans certains cas, l'accident vasculaire cérébral peut être évité. En changeant leur mode de vie, en cessant de fumer, en faisant de l'exercice physique et en ayant une bonne alimentation, par exemple, les Ontariennes et Ontariens peuvent réduire de manière importante les risques d'accident vasculaire cérébral. Pour les personnes à haut risque, le nombre d'accidents vasculaires cérébraux peut être réduit de moitié par des interventions telles que la prise de médicaments antihypertenseurs, d'antiagrégants plaquettaire ou d'anticoagulants, ou la chirurgie, comme l'endartériectomie de la carotide, une procédure utilisée pour éliminer le blocage de la carotide[55].

Taux de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux en Ontario

Comme l'indique le graphique, le taux de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux en Ontario a connu une baisse relativement constante au cours des 20 dernières années. Cela est principalement dû aux améliorations des traitements de cette maladie. Cependant, malgré les progrès réalisés, le vieillissement de notre population signifie que le nombre de personnes qui subiront un accident vasculaire cérébral augmentera certainement.

Taux de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux en Ontario de 1979 à 1999



Source: Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Division de la démographie[56, 57]

---

[52] Corinne Hodgson et Kathleen Whelan, *Are Physicians Ready for Thrombolysis for Acute Stroke? A Qualitative Study*, Journal de l'Association médicale canadienne, 22 septembre 1998.

[53] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Towards an Integrated Stroke Strategy for Ontario*, Rapport du Groupe de travail mixte sur la Stratégie de prévention des accidents vasculaires cérébraux, juin 2000.

[54] Ibid.

[55] Ibid.

[56] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[57] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé qui ont une influence sur le taux de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux
Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en place une stratégie complète pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux et pour la réadaptation des victimes.

- Le ministère distribue jusqu'à 30 millions de dollars par an pour améliorer le système de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux, dont un financement pour des centres régionaux partout en Ontario. Neuf *centres régionaux de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux* et sept *centres de district de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux* ont été désignés. Ensemble, ces centres vont fournir, dans un délai rapide, des soins adaptés de haute qualité aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux.
- L'Ontario investit dans un *système de réadaptation évolué* pour les survivants d'accidents vasculaires cérébraux. Le ministère finance six projets pilotes, dans tout l'Ontario, sur la réadaptation après un accident vasculaire cérébral.
- Le ministère finance également des services de prévention des accidents vasculaires cérébraux partout en Ontario.
- Le ministère finance cinq *centres de prévention des accidents vasculaires cérébraux secondaires* pour aider à prévenir cette maladie chez les patients à haut risque.

Indicateurs connexes
5b. Taux relatifs de survie à 5 ans ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal
7a. Taux d'incidence ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
7d. Prévalence du diabète
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

5b. Taux relatifs de survie à 5 ans ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal

Présentation
Le taux relatif de survie est la méthode la plus utilisée pour analyser la survie des patients dans les études de la population. Il fournit des renseignements utiles sur la probabilité de mortalité des personnes ayant différentes maladies. Étant donné que le risque d'être atteintes du cancer est nettement plus élevé pour les personnes de plus de 65 ans, l'Ontario, en raison du vieillissement de sa population, prévoit une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année. Pour cette raison, la capacité à suivre les tendances de survie et à reconnaître les domaines qui posent problème est extrêmement important.

Le taux relatif de survie au cancer est influencé par deux facteurs distincts : 1) la gravité ou l'évolution du cancer au moment du diagnostic et 2) l'efficacité du traitement après le diagnostic. Par exemple, une amélioration du dépistage devrait permettre de détecter les cas de cancer à un stade moins avancé, lorsque les traitements sont généralement plus efficaces. Cela devrait à son tour conduire à une augmentation du taux de survie à 5 ans. Par contre, si le taux de survie augmente sans qu'il y ait eu de changement significatif dans le dépistage ou la détection précoce, l'amélioration est alors due à la plus grande efficacité des traitements. Si le système de santé peut améliorer à la fois les programmes de détection précoce et de traitement, il pourra certainement avoir le meilleur effet possible sur le taux de survie.

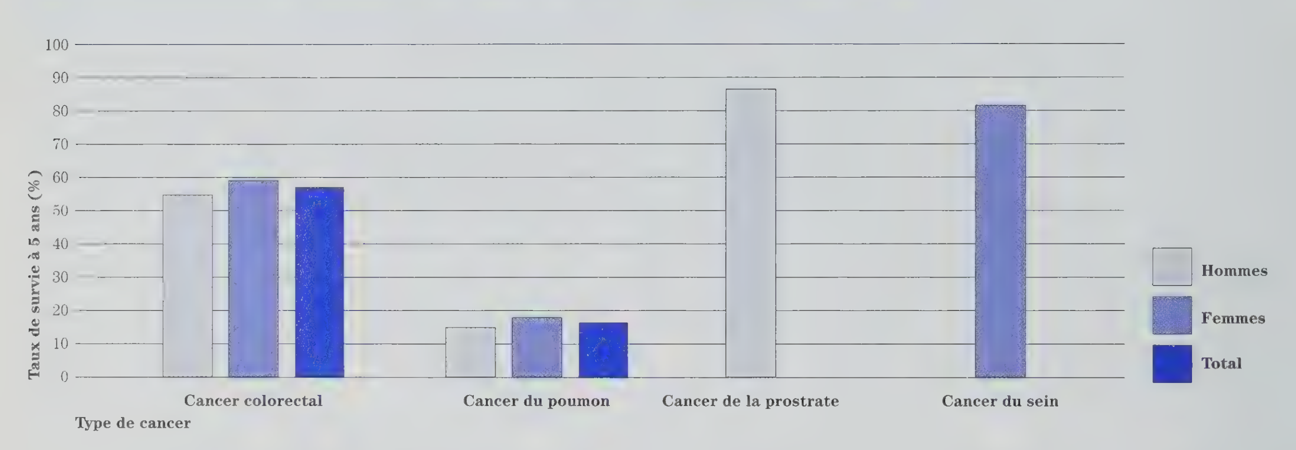
Cet indicateur a été utilisé pour examiner le taux relatif de survie à 5 ans des quatre formes de cancer les plus communes dont souffrent les Ontariennes et Ontariens : le cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon. Le taux représente le rapport entre la survie, cinq ans après le diagnostic, observée chez les personnes atteintes d'un type de cancer donné et la survie prévue si ces personnes n'avaient pas été atteintes du cancer et avaient présenté le même taux de mortalité que la population générale ayant des caractéristiques semblables, comme l'âge, le sexe et la zone géographique de résidence[58].

Taux de survie au cancer en Ontario

Les taux relatifs de survie à 5 ans en Ontario varient selon le type de cancer. Ils sont plus élevés chez les hommes atteints du cancer de la prostate (86 %),[59] qui sont suivis par les femmes atteintes du cancer du sein (82 %), puis des personnes atteintes du cancer du côlon (55 % pour les hommes et 59 % pour les femmes). Les taux de survie les plus bas sont observés chez les personnes atteintes du cancer du poumon (15 % pour les hommes et 18 % pour les femmes). Les traitements actuels ne semblent pas avoir d'effets significatifs sur la survie. Le pronostic sombre des cas de cancer du poumon souligne la nécessité d'établir des stratégies de prévention efficaces. Le gouvernement de l'Ontario envisage l'ensemble des possibilités pour augmenter le taux de survie.

Taux de survie à 5 ans des hommes et des femmes atteints du cancer en Ontario - 1997





Source: Statistique Canada, Registre canadien du cancer, statistiques de l'état civil, base de données sur les décès, recensement (1990-1992)[60,61]

Les taux de survie de certains types de cancers peuvent varier de manière importante selon l'âge. Malgré des taux de survie à 5 ans élevés pour les personnes atteintes du cancer de la prostate et du sein, les hommes et les femmes des groupes d'âges les plus jeunes et les plus âgés présentaient le pronostic de survie le plus sombre.

---

[58] Pour des raisons de calcul, les données ont été restreintes aux cas diagnostiqués en 1992 et qui étaient le premier cancer primitif de l'individu. Les sujets dont l'année de naissance ou de décès n'était pas connue ou dont l'âge était inférieur à 15 ans ou supérieur à 99 ans au moment du diagnostic sont exclus de l'échantillon, tout comme les individus dont le diagnostic a été effectué à l'autopsie ou figure uniquement sur le certificat de décès.

[59] Les variations dans l'utilisation de la méthode de dépistage du cancer de la prostate (dépistage par antigène prostatique spécifique ou PSA) ont influencé le taux d'incidence du cancer de la prostate ces 10 dernières années et cela peut avoir une incidence qui reste à définir sur les taux de survie. Ces résultats sont basés sur les données de survie à partir de 1992, au début du dépistage PSA généralisé.

[60] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter compétement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[61] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé qui ont pour objectif d'améliorer la surveillance du taux de survie du cancer
La capacité de l'Ontario à interpréter les taux de survie et les facteurs qui les affectent dépend de l'accès à des données détaillées.

- Les *programmes d'action contre le cancer* de l'Ontario collaborent avec le *Registre canadien du cancer* pour recueillir dans ses bases de données des renseignements qui indiqueront le stade d'évolution d'un cancer au moment du diagnostic. Ces renseignements seront inclus dans les rapports futurs pour rendre les mesures plus significatives et pour améliorer l'interprétation des résultats dans le temps.

Indicateurs connexes
5a. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal, des infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux
7a. Taux d'incidence ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
7d. Prévalence du diabète
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Présentation
Bien que l'infarctus aigu du myocarde (IAM) soit l'une des causes principales de mortalité au Canada, le système de santé a des stratégies efficaces pour le traiter et le prévenir. En suivant le taux de mortalité due à l'IAM à l'hôpital sur 30 jours, le système de santé peut évaluer la qualité et l'efficacité des traitements et des soins pour l'IAM. Ce taux fournit également un moyen efficace de déterminer le nombre de personnes qui survivent à un IAM, et le nombre de ceux qui n'y survivent pas. Le taux de mortalité dans les 30 jours est en corrélation étroite avec le taux de mortalité total pendant la période qui suit un IAM.

L'interprétation des tendances du taux de mortalité sur 30 jours est complexe. L'Ontario est une province qui compte un grand nombre d'adultes qui atteignent un âge moyen ou avancé et qui, en raison de leur âge, sont exposés un risque plus élevé de subir un IAM. Une augmentation du taux de mortalité due à l'IAM à l'hôpital dans les 30 jours peut signifier que les Ontariennes et Ontariens n'ont pas accès aux traitements appropriés, ou au suivi et à la réadaptation, ou cela peut n'être que le reflet du changement démographique de la population de la province.

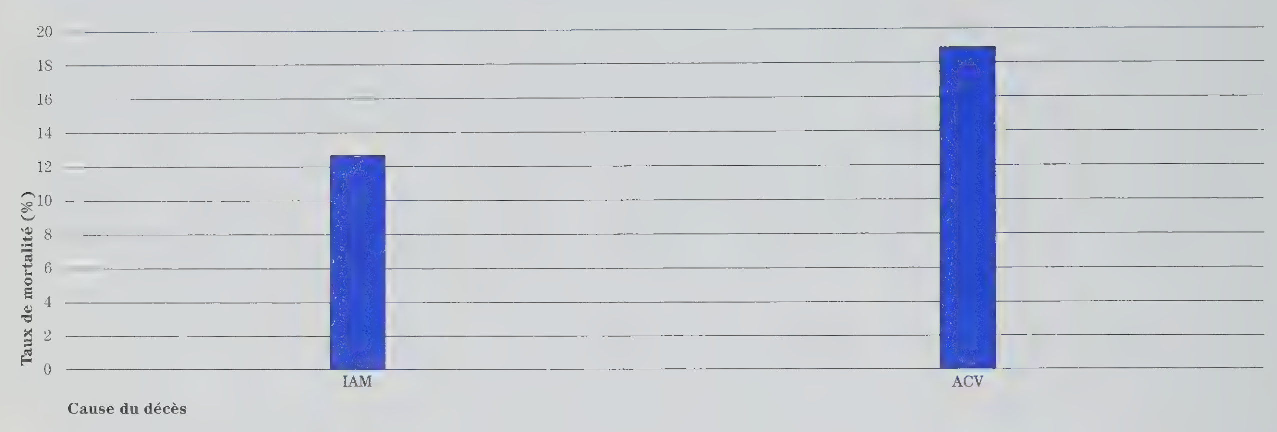
La mesure de la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours due à l'IAM est exprimée comme le taux ajusté de risque de tous les décès à l'hôpital, quelle qu'en soit la cause, qui se produisent dans les 30 jours après la première admission dans un hôpital de soins actifs pour un IAM diagnostiqué[62].

---

[62] Pour des raisons de calcul, les patients de moins de 20 ans ou de plus de 105 ans sont exclus de cet échantillon, ainsi que les patients qui sont sortis vivants en étant restés moins de 3 jours à l'hôpital et les patients transférés d'un autre établissement de soins actifs. Les patients ont également été exclus si leur fiche indiquait que l'IAM était une complication plutôt que le diagnostic principal, si elle contenait un numéro de carte Santé non valide ou si ces personnes n'étaient pas des résidentes de l'Ontario.

Taux de mortalité due à l'IAM dans les 30 jours en Ontario
Au cours des trois dernières années (de 1997-1998 à 1999-2000), le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours due à l'IAM en Ontario est resté constant. La moyenne combinée sur trois ans du taux de mortalité sur 30 jours[63] de l'IAM pour tous les cas entre 1997 et 1999 est de 12,8 %.

Moyenne combinée sur 3 ans, 1997 à 1999, du taux de mortalité à l'hôpital sur 30 jours due à l'infarctus aigu du myocarde par rapport aux accidents cérébrovasculaires en Ontario



Source : ICIS, base de données hospitalières sur la morbidité

Services de santé qui ont une influence sur le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM
L'Ontario sait qu'il faut diminuer le taux de mortalité dans les 30 jours et continue d'élaborer des services de soins qui peuvent améliorer le taux de survie à un IAM.

- Le ministère a amélioré l'accès aux diagnostics et aux traitements cardiaques interventionnels et met en œuvre un plan d'extension pluriannuel pour les soins cardiaques.
- Le ministère a lancé une stratégie de projet pilote de réadaptation cardiaque.
- Un *Programme de santé cardio-vasculaire* sur 5 ans examinera les facteurs de risque pouvant entraîner une maladie cardio-vasculaire.

Indicateurs connexes
8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque
10a. Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Présentation
Les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de mortalité et d'incapacité au sein de la population canadienne. Le taux de mortalité due aux AVC ajusté selon le risque sur 30 jours reflète la capacité de l'Ontario à réduire la mortalité chez les patients ayant subi un AVC. Un changement positif (c.-à-d., une baisse) du taux de mortalité due aux AVC dans les 30 jours peut indiquer que les patients font l'objet de meilleurs diagnostics (comme le tomodensitogramme) et de traitements appropriés rapides et coordonnés. Cette mesure peut également être utilisée pour déterminer et évaluer les variations de la mortalité due aux AVC, qui peuvent être attribuées à différents facteurs, tels que les traitements d'urgence, la qualité des soins hospitaliers, des soins primaires, des programmes de prévention et des facteurs socio-économiques.

---

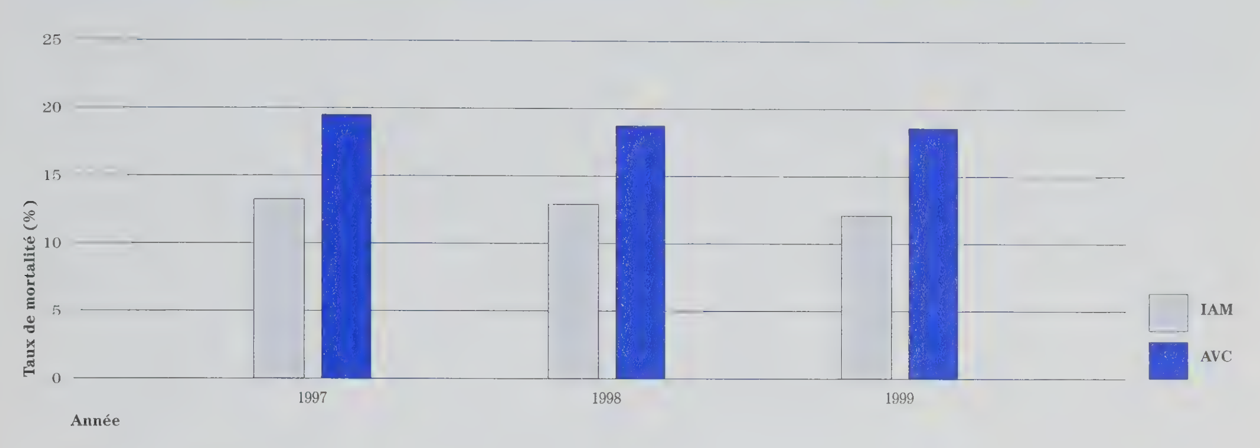
[63] La moyenne combinée sur trois ans du taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours pour l'IAM est le total de tous les décès, ajustés selon le risque, dans les 30 jours après la première admission dans un hôpital de soins actifs en raison d'un diagnostic d'IAM, divisé par le total de tous les cas d'IAM sur la période de trois ans, exprimée en pourcentage.

La mesure est exprimée comme le taux de mortalité ajusté selon le risque de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins actifs d'un patient atteint d'un AVC diagnostiqué[64].

Taux de mortalité à l'hôpital sur 30 jours due aux AVC en Ontario

Entre 1997 et 2000, la moyenne combinée du taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours pour l'AVC en Ontario était de 18,9 %. Pendant cette période, le total du taux de mortalité dans les 30 jours suivant un AVC en Ontario a baissé, mais cette baisse n'a pas été constante.

Taux de mortalité dans les 30 jours due à l'IAM et aux AVC en Ontario de 1997-1998 à 1999-2000



Source : ICIS, base de données hospitalières sur la morbidité

Services de santé qui ont une influence sur le taux de mortalité due aux AVC

L'Ontario a pris des mesures pour abaisser le taux de mortalité due aux AVC et pour améliorer les taux de survie.

- La *Stratégie de prévention des accidents cérébrovasculaires* de l'Ontario a été lancée en juin 2000 afin d'améliorer les résultats cliniques des patients. L'organisation des soins pour l'AVC a été la priorité et comprend : la formation du personnel paramédical pour qu'il puisse reconnaître l'AVC et transporter les patients vers les établissements qui ont une bonne connaissance de l'AVC; la désignation de centres régionaux et de districts pour AVC dans lesquels on a accès 24 heures sur 24 à la tomographie assistée par ordinateur; des neurologues de garde 24 heures sur 24 pour l'interprétation des tomodensitogrammes et l'accès 24 heures sur 24 à une équipe spécialisée pour administrer le traitement TpA (traitement thrombolytique des accidents ischémiques cérébraux).

Indicateurs connexes

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)
5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
7d. Prévalence du diabète
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

---

[64] Pour des raisons de calcul, les patients âgés de moins de 20 ans et de plus de 105 ans sont exclus de cet échantillon.

6. Amélioration de la qualité de vie

En raison des limites des bases de données existantes, le CRIR a recommandé que, dans ce rapport, les taux d'interventions pour l'arthroplastie soient utilisés comme marqueurs de substitution pour la qualité de vie reliée à la santé.

6a. Taux d'arthroplastie totale de la hanche
6b. Taux d'arthroplastie totale du genou

Présentation

Bien qu'en général les maladies orthopédiques ne mettent pas la vie en danger, elles sont une cause significative de douleurs chroniques et de raideur des articulations, de perte d'autonomie et de qualité de vie. Ainsi, de nombreuses arthroplasties de la hanche et du genou ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient.

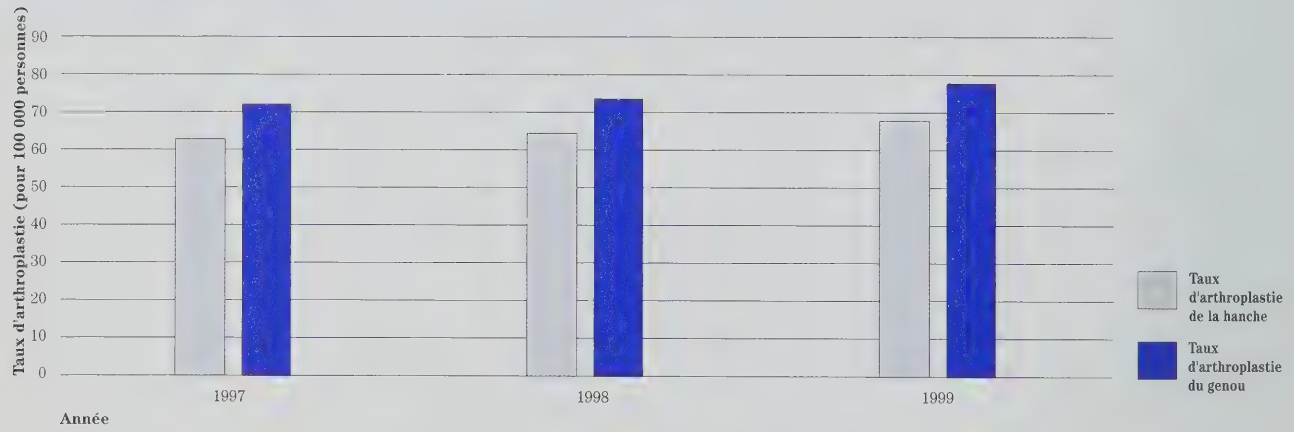
Des études récentes menées en Colombie-Britannique ont examiné le bien-fondé de certains types d'opérations chirurgicales non urgentes et leurs résultats en matière de santé. Plus de 6 200 interventions chirurgicales ont été évaluées. Les résultats ont montré que la majorité des patients ayant subi l'une de six interventions non urgentes, dont l'arthroplastie de la hanche ou du genou, a vu sa qualité de vie reliée à la santé s'améliorer de façon significative. Plus de 94 % de ceux qui ont subi une arthroplastie de la hanche ont indiqué une diminution significative de la douleur, de la raideur et une amélioration importante du fonctionnement général comme l'indique le Short Form 36 Health Survey (questionnaire abrégé de 36 questions sur la santé) et l'indice d'arthrose des universités Western Ontario et McMaster (WOMAC)[65]. Le taux d'arthroplastie de la hanche et du genou est défini comme le taux standardisé pour l'âge des interventions chirurgicales d'arthroplastie totale unilatérale ou bilatérale de la hanche ou du genou effectuées sur des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs[66].

Taux d'arthroplastie de la hanche et du genou en Ontario

Entre 1997 et 1999, les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou en Ontario ont augmenté de manière constante tous les ans. La nécessité d'effectuer une arthroplastie de la hanche ou du genou est reliée à l'âge. En raison de sa population croissante et vieillissante, l'Ontario est susceptible d'assister à une augmentation des problèmes orthopédiques, et de subir des pressions croissantes pour de nouvelles technologies et des traitements plus énergiques des troubles des articulations.



Taux d'arthroplastie de la hanche et du genou en Ontario de 1997 à 1999



Source : ICIS, base de données hospitalières sur la morbidité; Statistique Canada, recensement

[65] Charles J. Wright et Yoel Robens-Paradise, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Services Centre, *Evaluation of Indications and Outcomes in Elective Surgery*, mai 2001.

[66] Pour des raisons de calcul, les patients traités sans être hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et ceux qui ont subi leur intervention avant d'être admis sont exclus de l'échantillon.

Services de santé qui ont une influence sur les arthroplasties de la hanche et du genou
Le gouvernement de l'Ontario est conscient de la demande croissante de traitements orthopédiques et prend des mesures afin de lutter contre les maladies articulatoires, lesquelles deviennent de plus en plus répandues.

- Depuis 1999-2000, 543 nouveaux lits de réadaptation ont été ouverts en Ontario et des plans sont en cours pour en ouvrir 564 supplémentaires dans les quatre prochaines années. Ceci est une première étape dans la réforme de notre système de réadaptation pour apporter des services de réadaptation adaptés aux patients dans un délai raisonnable.
- En 2001-2002, le ministère a créé le registre ontarien sur l'arthroplastie de l'Ontario *(Joint Replacement Registry* - OJRR), un centre technique responsable de la collecte et de la validation des données sur la chirurgie de remplacement des articulations en Ontario. Le mandat du registre est d'améliorer la qualité de la chirurgie par des pratiques fondées sur les résultats. La vision de l'OJRR est qu'au moins 95 % des patients soient opérés dans un délai de quatre mois et reçoivent une prothèse qui durera au moins 10 ans. Pour atteindre ces objectifs, l'OJRR tente de générer rapidement des données pertinentes sur toutes les procédures d'arthroplastie de la hanche et du genou et de fournir des renseignements sur l'accès aux soins et sur leur qualité.
- De 1999-2000 à 2001-2002, l'Ontario a financé l'implantation d'environ 4 100 prothèses articulatoires supplémentaires, soit environ 21 300 prothèses articulatoires au total.

Indicateurs connexes
1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)
4. État de santé autodéclaré
14b. Activité physique

7. Réduction du fardeau des maladies et des lésions

Un indicateur important des résultats en matière de santé est le fardeau des maladies imposé au public en général. Les systèmes de santé peuvent jouer un grand rôle dans la réduction de ce fardeau et dans l'amélioration de la qualité de vie. Pour cet indicateur, le CRIR a choisi des mesures d'un intérêt particulier pour le public, dont :

a) Les taux d'incidence des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal;

b) les années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, de l'infarctus aigu du myocarde (IAM), des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des lésions involontaires et du suicide;

c) les taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination, dont la méningococcie invasive, la rougeole et *l'Haemophilus influenzae b*;

d) l'incidence et la prévalence du diabète.

7a. Taux d'incidence ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal

Présentation

Alors que les taux de mortalité et de survie nous indiquent combien de personnes meurent du cancer chaque année ou survivent pendant une période donnée, les taux d'incidence nous indiquent combien de nouvelles personnes sont atteintes du cancer. Le système de santé utilise des taux d'incidence standardisés pour l'âge pour déterminer si une maladie, comme le cancer, crée un fardeau plus important ou, au contraire, moindre. Lorsque les taux d'incidence augmentent, cela signifie davantage de nouveaux cas et une demande accrue de services de traitement. Lorsqu'ils baissent, cela signifie moins de cas et une plus faible demande de services.

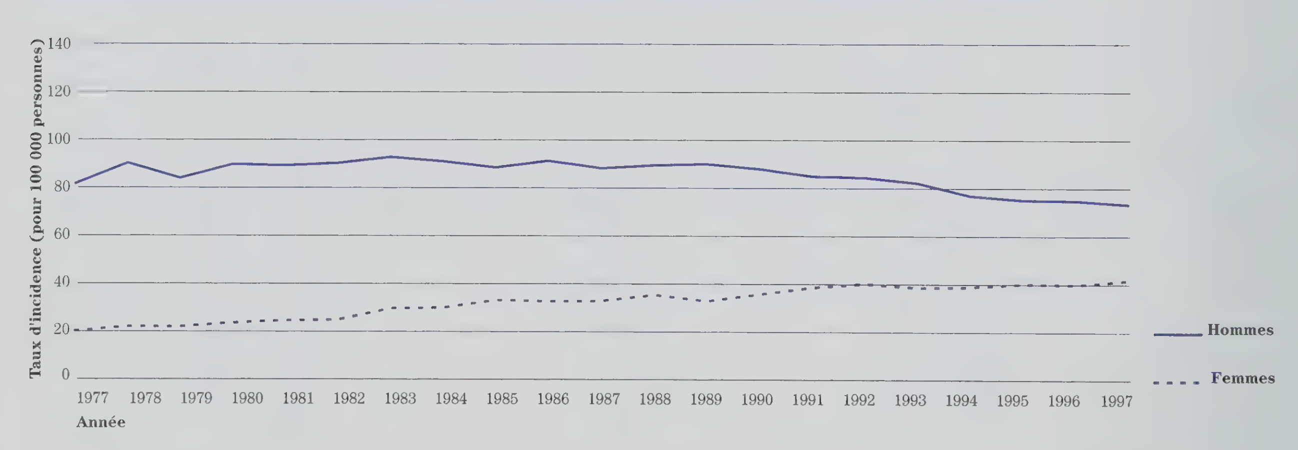
Les taux d'incidence standardisés pour l'âge sont influencés par deux facteurs principaux : 1) le taux sous-jacent de l'incidence du cancer dans la population, qui reflète à son tour la prévalence des facteurs de risque tels que le tabagisme ou le succès des efforts de prévention primaire; et 2) le taux de dépistage et de diagnostic des cancers qui peut, à son tour, être influencé par l'intensité et l'efficacité des programmes de dépistage du cancer. Ces deux facteurs interagissent de façon complexe et peuvent rendre difficile l'interprétation des taux d'incidence. Par exemple, une augmentation de l'incidence du cancer peut refléter la détérioration d'un mode de vie sain ou l'amélioration du dépistage. Cependant, le bon sens suggère que les améliorations du dépistage ne feraient augmenter l'incidence mesurée que pendant une courte période. Il est plus probable qu'une baisse continue de l'incidence du cancer dans le temps découlerait d'une amélioration de la santé de la population.

Le taux d'incidence standardisés pour l'âge du cancer est défini comme le nombre de cas de cancers primitifs nouvellement diagnostiqués (par siège) pendant une année donnée pour 100 000 personnes qui seraient apparus dans la population générale si les taux réels selon l'âge observés dans une population donnée s'étaient produits[67].

Taux d'incidence du cancer en Ontario

Ces 20 dernières années, le taux d'incidence du *cancer du poumon* en Ontario a chuté chez les hommes et a augmenté chez les femmes. Malgré cette tendance, les femmes ont toujours un taux d'incidence bien plus faible que celui des hommes. En 1997, le taux d'incidence du cancer du poumon en Ontario était de 40,8 pour les femmes et de 72,7 pour les hommes.

Taux d'incidence du cancer du poumon pour les hommes et les femmes en Ontario de 1977 à 1997

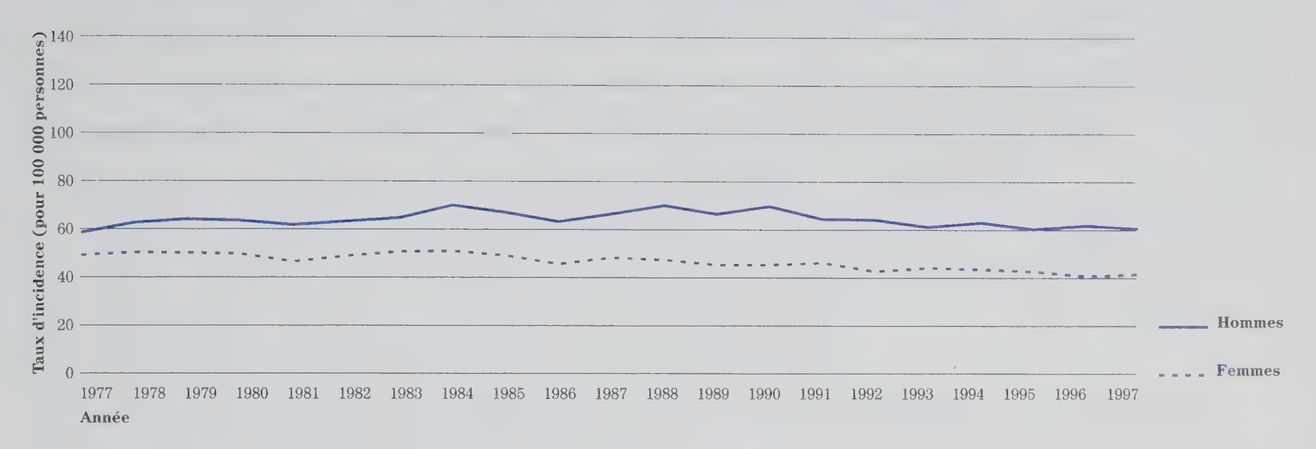


Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations du recensement)

[67] Pour des raisons de calcul, les non-résidents du Canada sont exclus de l'échantillon.

Ces 20 dernières années, le taux d'incidence du *cancer colorectal* en Ontario est demeuré relativement stable pour les hommes et a diminué pour les femmes. En 1997, le taux de cancer du côlon en Ontario était de 60,6 pour les hommes et de 41,0 pour les femmes. Les raisons de la baisse demeurent un objet de recherche; cependant, des changements du mode de vie, comme l'alimentation, peuvent constituer des facteurs contributifs.

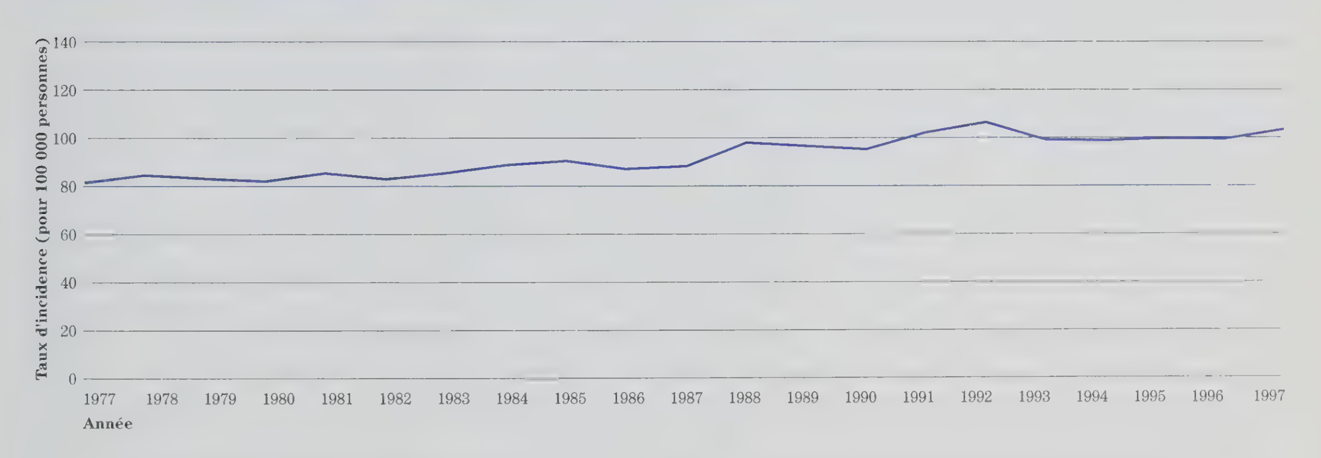
Incidence du cancer colorectal chez les hommes et les femmes en Ontario de 1977 à 1997



Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations du recensement)

Entre 1977 et 1997, le taux d'incidence du *cancer du sein* a augmenté graduellement. En 1997, le taux d'incidence du cancer du sein en Ontario était de 103,1 pour 100 000 personnes. Des recherches sont en cours pour déterminer la signification et les effets relatifs du dépistage, des améliorations du traitement et des changements des facteurs de risque sur le taux d'incidence de ce cancer.

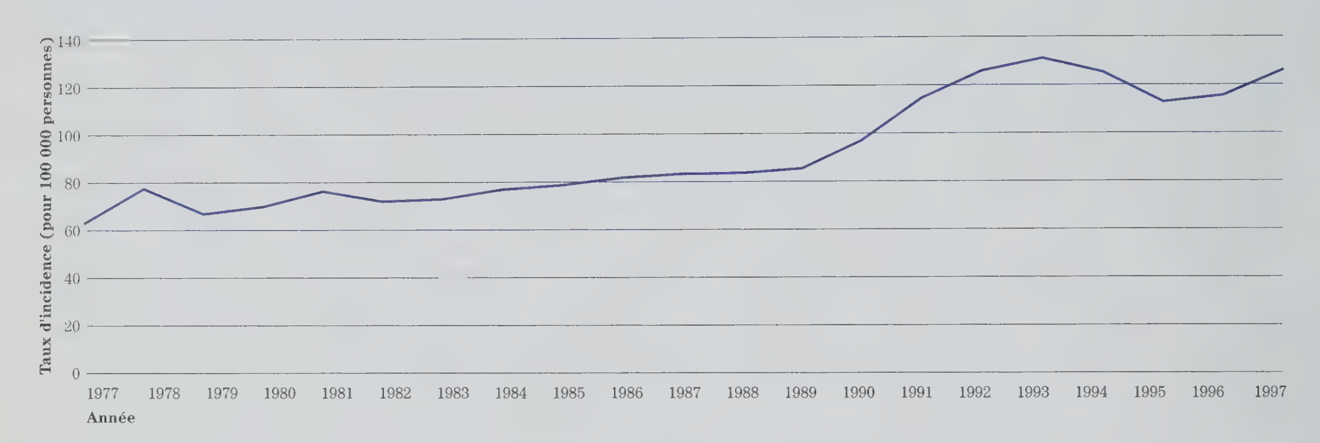
Incidence du cancer du sein chez les femmes en Ontario de 1977 à 1997



Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations du recensement)

Entre 1977 et 1994, le taux d'incidence du *cancer de la prostate* en Ontario a augmenté constamment. Depuis, le taux a baissé et, récemment, a recommencé à augmenter. L'augmentation à la fin des années 1980 et au début des années 1990 semble être liée à l'introduction de techniques de dépistage précoce. La diminution qui suit peut être le reflet de la réduction qui en a découlé dans la prévalence du cancer au sein de la population. En 1997, le taux d'incidence en Ontario était de 125,8 pour 100 000 personnes.

Incidence du cancer de la prostate chez les hommes en Ontario de 1977 à 1997



Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations du recensement)

Services de santé qui ont une influence sur les taux d'incidence du cancer

Le cancer est une maladie du vieillissement. L'augmentation et le vieillissement de la population de l'Ontario font en sorte qu'un nombre croissant de nouveaux cas de cancers seront susceptibles d'être diagnostiqués avec le temps. L'Ontario prend des mesures pour prévoir les besoins et répondre à la demande de traitements. En plus des initiatives présentées pour l'indicateur 5a, les mesures comprennent les points suivants :

- Un Comité des ressources humaines en cancérologie, constitué d'employeurs, de professionnels, d'organismes éducatifs et présidé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a pour objectif d'assurer la dotation en ressources humaines afin de fournir des soins de qualité en cancérologie dans toute la province. Depuis 1999, l'Ontario a augmenté le nombre de spécialistes en cancérologie en recrutant 122 radiothérapeutes, 11 physiciens médicaux, 33 radio-oncologues et 10 oncologues.
- En 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a étendu le mandat de son agence provinciale, *Action Cancer Ontario* (ACO), afin de fournir une direction en matière de prévention primaire et d'élaborer des normes et des lignes directrices pour des soins de haute qualité et accessibles dans tout l'Ontario.
- De nombreuses initiatives existent pour réduire la consommation de tabac, facteur de risque important du cancer du poumon. Ces programmes comprennent les campagnes antitabac dans les médias, l'éducation et les programmes de santé et de prévention ou de promotion. La *Stratégie antitabac de l'Ontario* renouvelée est en place depuis 1999. Les résultats des évaluations préliminaires sont prometteurs et des initiatives semblables dans d'autres territoires ont eu des effets spectaculaires à long terme. Cependant, l'Ontario ne verra sans doute pas les effets significatifs de ces efforts (c.-à-d., une baisse du taux de prévalence du tabagisme) avant 7 ou 10 ans.
- La faible imposition des cigarettes et leur prix modique sont des facteurs significatifs de la consommation de cigarettes, particulièrement chez les jeunes pour qui le prix est un élément important. Selon des recherches mentionnées dans le rapport de 2000 de l'U.S. Surgeon General, pour chaque augmentation de 10 % du prix, la consommation baisse généralement de 4 %[68]. Dans son budget 2002, l'Ontario a introduit une taxe provinciale supplémentaire de 5 dollars sur chaque cartouche de cigarettes vendue dans la province. Cette mesure, qui s'ajoute à une taxe fédérale de 3,50 dollars, fait augmenter le prix d'environ 20 % et devrait faire baisser la consommation de 8 %.

[68] Department of Health and Human Services, *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*, 2000.

- Le dépistage du cancer colorectal est offert à tous les citoyens de l'Ontario par l'intermédiaire de leur médecin de famille. Bien que le dépistage puisse mener à une augmentation des taux déclarés d'incidence du cancer, il devrait également permettre d'obtenir de meilleurs pronostics et une diminution du taux de mortalité.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée travaille avec *Action Cancer Ontario* pour élaborer et mettre en place un projet pilote de dépistage du cancer colorectal. Dans le cadre de ses efforts visant à fournir les meilleurs programmes de dépistage organisé, le ministère évaluera les résultats de ce projet à la lumière des recommandations nationales et internationales.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée finance actuellement le *Programme ontarien de dépistage du cancer du sein*, qui cible les femmes de 50 ans et plus afin de leur proposer une mammographie de dépistage tous les deux ans.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée finance actuellement les tests *d'antigène prostatique spécifique* (PSA) pour confirmer un diagnostic de cancer de la prostate et pour surveiller les diagnostics confirmés de ce cancer.

Indicateurs connexes

1a. Espérance de vie
5a-5d. Changement de l'espérance de vie
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents

7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt avant l'âge de 75 ans, toutes causes confondues. Par exemple, une personne morte à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. La mesure des APVP varie selon le sexe, le statut socio-économique, la cause du décès et la zone géographique. Exprimée par le nombre d'années perdues pour une population de 100 000 habitants, la mesure des APVP reflète également la perte sociale et la perte de productivité économique pour la société tout entière.

La mesure des APVP complète la mesure de l'espérance de vie en étant davantage axée sur la mortalité des personnes qui ne sont pas âgées. Le système de santé utilise cet indicateur pour évaluer l'efficacité des traitements et de la prévention des décès prématurés, pour déterminer l'impact des initiatives de santé communautaire et pour établir des priorités de recherche. Une baisse de l'indicateur des APVP indique que les services de soins de santé et les mesures de prévention sont efficaces, alors qu'une augmentation mettrait en évidence la nécessité de repérer les facteurs contributifs et de les corriger.

Ce rapport fournit la mesure des APVP pour quatre types de cancers, l'infarctus aigu du myocarde (IAM), l'AVC, les lésions involontaires et le suicide[69].

Indicateurs connexes

1a. Espérance de vie
5a. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal, des infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux
5b. Taux relatifs de survie à 5 ans ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal
7a. Taux d'incidence ajustés selon l'âge pour les cancers du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal

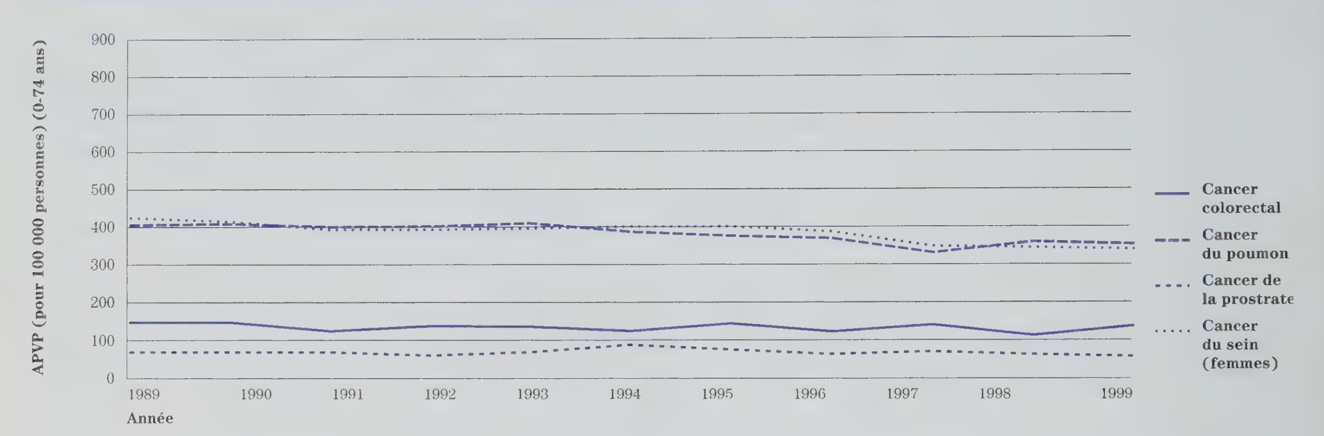
---

[69] Au cours des années 1970 et 1980, les mesures des APVP du Canada étaient basées sur un âge de 70 ans. D'autres pays ont utilisé différents âges limites. Toute mesure actuelle des APVP au Canada, qui sont fondées sur l'âge de 75 ans, diffère des données publiées sur les APVP de la plupart des sources canadiennes précédentes. Par conséquent, les résultats récents de l'Ontario ne peuvent pas être comparés aux données précédentes. Le choix de 70 ou 75 ans est arbitraire et n'a que peu d'effets sur les tendances dans le temps ou sur les comparaisons entre les provinces.

7bi. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, du sein, de la prostate et du cancer colorectal

En Ontario entre 1989 et 1999, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison de tous ces cancers a baissé. Cette baisse a été plus importante pour les cancers du sein et du poumon, ce qui peut découler des progrès réalisés en matière de traitements. Cependant, le même effet n'est pas apparent en ce qui concerne les taux de mortalité ou de survie du cancer du poumon.

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer en Ontario de 1989 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)[70, 71]

Services de santé qui ont une influence sur les APVP en raison du cancer
L'Ontario a pris un certain nombre de mesures pour abaisser les APVP en raison du cancer.

- En 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a étendu le mandat d'*Action Cancer Ontario* (ACO). Cet organisme est désormais responsable de fournir une direction en matière de prévention primaire et d'élaborer des normes et des lignes directrices pour des soins de haute qualité et accessibles dans tout l'Ontario.
- Depuis 1995, le gouvernement de l'Ontario a augmenté de plus de 177 millions de dollars le financement pour le traitement du cancer. Depuis, le gouvernement a également prévu 141 millions de dollars pour la construction de cinq nouveaux centres régionaux de cancérologie et 86 millions de dollars pour agrandir six centres régionaux existants.
- Dans son budget 2002, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il allouait 40 millions de dollars pour les nouvelles techniques thérapeutiques et de traitement, ainsi que 30 millions de dollars pour moderniser l'équipement de radiothérapie.
- Dans son budget 2002, le gouvernement de l'Ontario a également prévu une augmentation de 50 millions de dollars sur trois ans pour financer l'amélioration du *Réseau ontarien de recherche sur le cancer*. Ce financement devrait permettre de doubler le nombre de patients qui bénéficieront de la recherche.

7bii. Années potentielles de vie perdues en raison de l'IAM

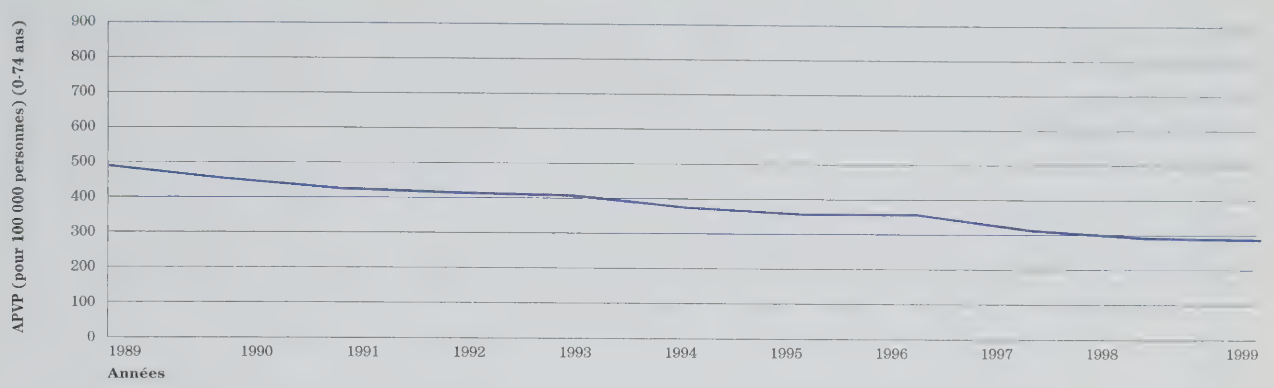
Au cours de la dernière décennie, les années potentielles de vie perdues en Ontario en raison de l'IAM ont diminué. Ce changement peut être le résultat de la qualité des traitements, de l'efficacité de la promotion de la santé ou de l'augmentation des modes de vie actifs et sains.

---

[70] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[71] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Années potentielles de vie perdues en raison de l'IAM en Ontario de 1989 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)[72, 73]

Services de santé qui ont une influence sur les APVP en raison de l'IAM

L'Ontario reconnaît la nécessité de traiter le problème de l'IAM et continue d'améliorer les services de prévention et de traitement.

- Beaucoup de chercheurs en cardiologie de l'Ontario font partie de l'équipe canadienne de recherche sur les résultats cardio-vasculaires (*Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team* - CCORT) créée en 2001. Financée par une subvention d'exploitation de cinq ans allouée par le programme d'équipe pluridisciplinaire de recherche en santé (*Interdisciplinary Health Research Team*) de l'Institut de recherche en santé du Canada, la CCORT est constituée de 25 chercheurs provenant de cinq provinces (Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique) qui effectuent des recherches innovatrices afin de mesurer et d'améliorer la qualité des soins offerts aux Canadiennes et Canadiens. Appartenant à l'Institut de recherche en services de santé, sous la direction du Dr Jack V. Tu, les chercheurs de la CCORT centralisent leurs efforts sur l'amélioration de la qualité des soins pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM) et pour l'insuffisance cardiaque congestive (CHF), ainsi que sur l'amélioration des résultats pour les patients subissant des procédures cardiaques invasives (cathétérisme cardiaque, interventions coronariennes percutanées et pontage aortocoronarien) au Canada. La CCORT est également responsable de la formation et de la préparation de la prochaine génération de chercheurs canadiens sur les résultats en cardiologie.
- Le tabagisme est un facteur de risque important pour l'IAM. En 2000-2001, le ministère a augmenté son financement des initiatives antitabac, qui passera de 9 à 19 millions de dollars. Ce financement comprend une somme d'un million de dollars pour la Société canadienne du cancer (Division de l'Ontario) afin de créer la Téléassistance pour fumeurs, un service téléphonique gratuit à l'échelle de la province pour aider les personnes qui veulent cesser de fumer.
- Le diabète est un autre facteur de risque important pour l'IAM. L'Ontario a investi 7 millions de dollars supplémentaires pour élargir les programmes d'éducation sur le diabète à toute la province; plus de 100 programmes sont actuellement en œuvre. La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète se concentre sur la promotion des soins auto-administrés et sur la prévention des complications comme l'IAM pour les 600 000 diabétiques et plus que compte la province.

Indicateurs connexes

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque
10a. Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

[72] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[73] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

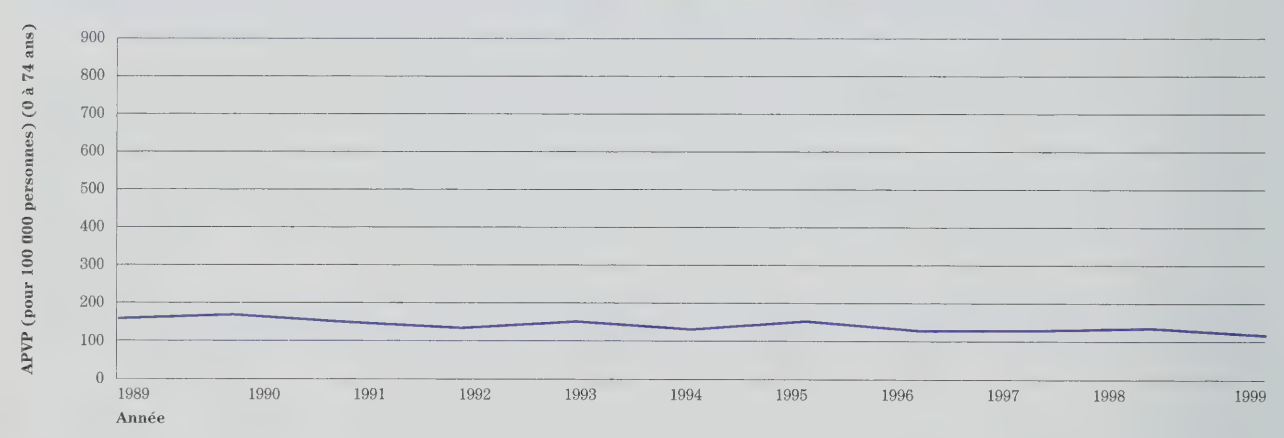
7biii. Années potentielles de vie perdues en raison des accidents vasculaires cérébraux

Entre 1989 et 1999, le nombre d'années potentielles de vie perdues en Ontario en raison des accidents vasculaires cérébraux a baissé régulièrement. Cette tendance est vraisemblablement due aux nouveaux traitements découlant de la recherche, aux changements du mode de vie et à d'autres stratégies de prévention destinées à diminuer le risque d'accident vasculaire cérébral (c.-à-d., cessation du tabagisme, alimentation saine, augmentation de l'activité physique et traitements pharmaceutiques).

Services de santé qui diminuent les APVP en raison des accidents vasculaires cérébraux

- Par le passé, on croyait qu'il y avait peu de choses à faire pour prévenir ou traiter les accidents vasculaires cérébraux. Par conséquent, les ressources spécialisées pour la réadaptation des patients étaient limitées et une attention minimale était portée à la prévention. Grâce aux nouvelles connaissances et aux nouveaux traitements, l'Ontario a maintenant la capacité d'améliorer de manière importante les soins apportés aux personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral et pour réduire le nombre d'APVP en raison de cette maladie.
- En juin 2000, le ministère de la Santé et de Soins de longue durée a mis sur pied la *Stratégie de prévention des accidents cérébrovasculaires* afin d'améliorer les résultats cliniques des patients. Parmi les priorités de cette stratégie, on trouve la formation du personnel paramédical pour qu'il puisse diagnostiquer les accidents vasculaires cérébraux et transporter les patients vers des établissements spécialisés dans le traitement de cette maladie. De plus, cette stratégie a désigné des centres pour accidents vasculaires cérébraux régionaux et de district qui peuvent effectuer des tomographies assistées par ordinateur 24 heures sur 24, qui ont des neurologistes de garde 24 heures sur 24 pour interpréter les tomographies et un accès 24 heures sur 24 à une équipe qui peut administrer le traitement TpA (traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques cérébraux).

Années potentielles de vie perdues en raison des accidents vasculaires cérébraux en Ontario de 1989 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les décès et Division de la démographie (estimation de la population)[74, 75]

Indicateurs connexes

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
7d. Prévalence du diabète
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

---

74 En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

75 On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

7biv. Années potentielles de vie perdues en raison du suicide

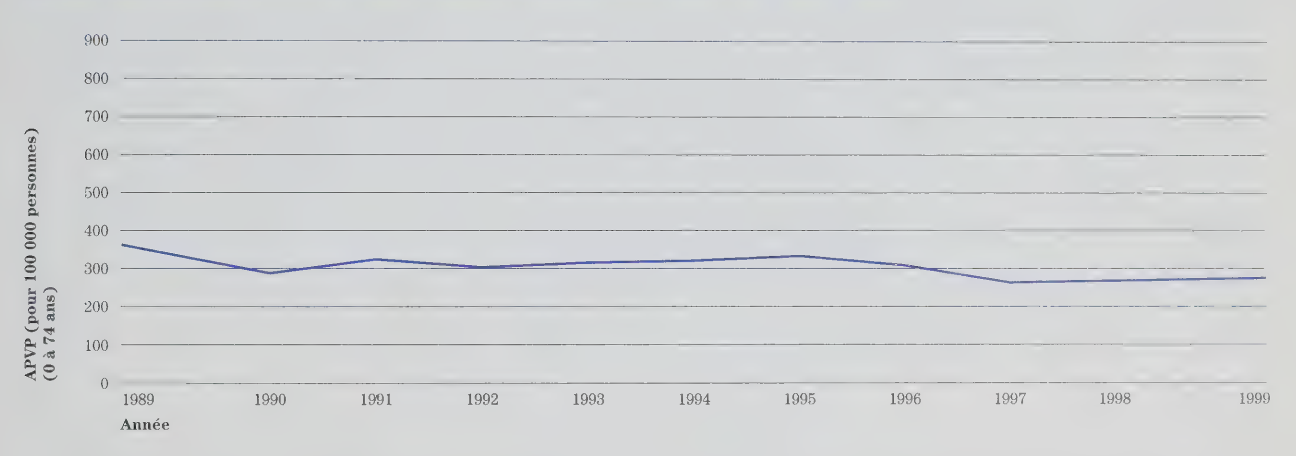
Présentation

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le taux de suicide est également élevé chez les hommes de 30 à 54 ans et de plus de 70 ans. Le problème est plus important dans certains segments de la population. Par exemple, les taux de dépression[76] et de suicide chez les Autochtones en Ontario sont supérieurs à la moyenne provinciale. Le taux de suicide chez les jeunes dans les communautés des Premières Nations éloignées du Nord est également bien plus élevé que la moyenne de l'Ontario. Les autres personnes à haut risque pour le suicide sont les personnes qui ont des antécédents de troubles mentaux, celles qui souffrent de dépression, les personnes qui ont un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues, les adolescents aux prises avec un problème d'identité sexuelle et les personnes atteintes d'une maladie incurable.

Les APVP en raison du suicide en Ontario

Les cas de suicide recensés en Ontario ont diminué avec le temps, ainsi que le taux des APVP en raison du suicide. Bien que cette baisse puisse être attribuée à une nouvelle définition juridique plus stricte du suicide introduite en 1992, la courbe générale sur 10 ans démontre que cette baisse date d'avant ce changement[77].

Années potentielles de vie perdues en raison du suicide en Ontario de 1989 à 1999



Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, base de données sur les décès et Division de la démographie (estimation de la population)[78, 79]

---

[76] En 1998-1999, le taux de dépression majeure dans la population autochtone était le double de celui de l'échantillon de l'Enquête nationale sur la santé de la population de l'Ontario (Source : enquête sur la santé des Premières Nations en Ontario, 28 mai 1998).

[77] Une décision de la cour d'appel de l'Ontario du 9 juillet 1992 (Beckon c. Young, 1992) reconnaissait la définition générale du suicide, mais modifiait la norme juridique de la preuve du suicide pour l'Ontario.

[78] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[79] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

Services de santé qui traitent des APVP en raison du suicide

- Le suicide est une manifestation de la santé physique et mentale d'une personne. Promouvoir la santé mentale et prévenir et traiter les maladies associées au suicide, telles que la dépression, l'abus d'alcool et d'autres drogues ainsi que d'autres maladies mentales et physiques, devrait abaisser le nombre de décès liés au suicide ainsi que le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison du suicide. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a choisi une approche large en matière de prévention du suicide. Il a élaboré un plan de réforme de la santé mentale, *Franchir les étapes*, fondé sur les meilleures pratiques en santé mentale. Ce plan a pour objectif de fournir un système de services communautaires complet, équilibré, efficace et intégré.
- Le ministère investit des fonds dans les équipes communautaires de traitement actif (CTA), les ordonnances de traitement en milieu communautaire, la gestion intensive des cas, les services d'urgence, le soutien au logement et les soutiens de remplacement aux clients ou aux survivants.
- Entre 1996 et 2001, le financement des programmes d'assistance psychologique, de prise en charge des cas et psychogériatriques a plus que doublé. Une grande partie de l'augmentation de l'assistance peut être attribuée à l'ajout d'équipes CTA.
- L'Ontario a également mis en œuvre une série d'initiatives dont l'objectif est d'aider les communautés autochtones dans le besoin et de traiter la question du taux de suicide plus élevé dans ces communautés. Ces solutions comprennent les ressources suivantes : le comité intergouvernemental sur le suicide des jeunes, les programmes et services de la *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones* et le Groupe de travail sur la prévention du suicide.
- Les programmes de lutte contre la toxicomanie du MSSLD traitent également du suicide par l'entremise des services de traitement de l'abus de drogues et de dépendance au jeu dans toute la province. En plus des services hospitaliers, environ 150 agences fournissent des traitements contre l'abus de drogues, dont 44 agences qui traitent de la dépendance au jeu. Les services de traitement vont de la prise en charge du sevrage à l'assistance psychologique hors domicile et à domicile.

7bv. Années potentielles de vie perdues en raison de lésions involontaires

Présentation

Plus de 2 000 personnes se blessent chaque jour en Ontario, ce qui entraîne plus de 1,5 milliard de dollars en coûts de santé directs[80]. Bien que beaucoup d'Ontariennes et d'Ontariens croient que les lésions involontaires sont inévitables, les accidents sont en fait souvent prévisibles et peuvent être prévenus. Le fardeau des accidents et des lésions peut être mesuré par son coût social et économique (productivité) ainsi que par le taux de morbidité et de mortalité, la perte de qualité de vie et les années potentielles de vie perdues. Parmi les lésions involontaires les plus coûteuses, on compte les accidents de la route, les chutes, les brûlures, les empoisonnements, les noyades et la suffocation. Les lésions involontaires sont actuellement la quatrième cause principale d'hospitalisation en Ontario[81].

Les APVP en raison de lésions involontaires en Ontario

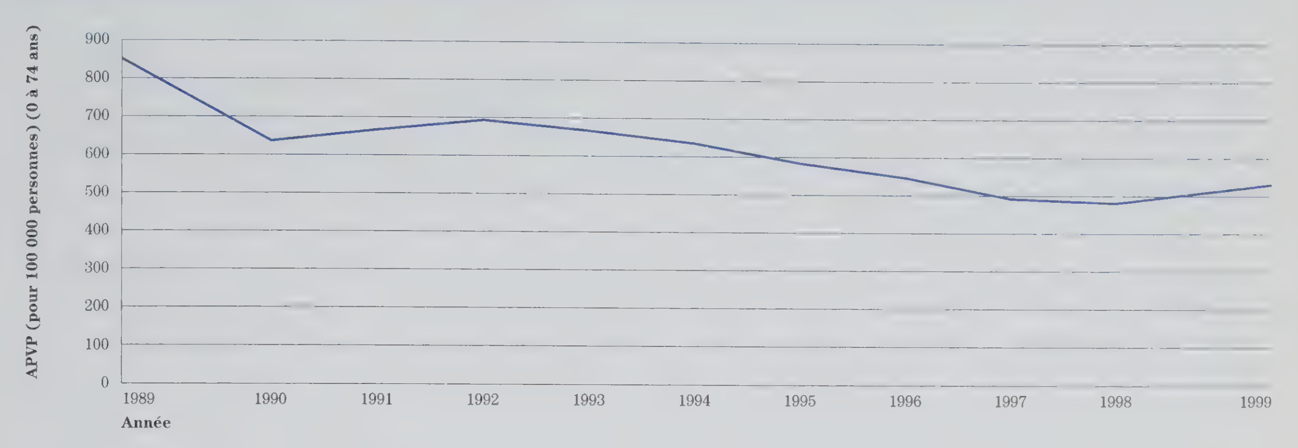
En Ontario au cours des 10 dernières années, le taux général des APVP en raison de lésions involontaires a baissé.

---

[80] La fondation Sauve-qui-pense, *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, décembre 1999.

[81] Ibid.





Source: Statistique Canada, statistiques de l'état civil, base de données des décès et Division de la démographie (estimation de la population)[82, 83]

Services de santé qui ont une influence sur les APVP en raison de lésions involontaires
Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'est engagé à abaisser le nombre de lésions involontaires.

- En 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a formé un partenariat avec la fondation Sauve-qui-pense pour promouvoir les initiatives de prévention des lésions en Ontario. Ce partenariat a pour but d'élargir la compréhension collective des lésions et leurs répercussions, ainsi que d'amener les intervenants du domaine de la prévention des lésions à planifier ensemble de futurs programmes.
- Le programme *Communautés cibles de l'Ontario* est conçu pour réduire la consommation d'alcool et de drogues et, par conséquent, les lésions qui en résultent, en concentrant particulièrement les efforts sur la jeunesse.

7c. Taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination

7ci. Taux d'incidence de la méningococcie invasive

Présentation
Chez les moins de 20 ans, la méningococcie invasive est une maladie bactérienne rare, mais grave, qui se transmet par contact direct, dont le contact avec des gouttelettes provenant de la respiration par le nez et la bouche des personnes infectées. La méningococcie invasive a un taux de mortalité élevé. Environ 10 % des personnes qui contractent la maladie en meurent et celles qui y survivent peuvent souffrir de séquelles, comme celles menant à l'amputation de membres, et nécessitent des soins médicaux constants, voire des interventions chirurgicales[84]. Bien que la méningococcie invasive puisse affecter les personnes de tous âges, son incidence est la plus élevée chez les enfants de moins d'un an et de 15 à 19 ans[85].

Des vaccins très efficaces sont désormais disponibles contre la méningococcie invasive de type C et peuvent être administrés aux bébés à partir de deux mois. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande de donner trois doses du vaccin aux enfants à deux, quatre et six mois. Bien qu'il n'existe aucune immunisation pour le sérotype B, d'autres souches de la méningococcie invasive, A, Y et W-135, peuvent entre autres être prévenues par l'immunisation. Le système de santé utilise le taux d'incidence de la méningococcie invasive pour mesurer le nombre de nouveaux cas, pour détecter les tendances et les épidémies potentielles, et pour diriger les mesures de contrôle appropriées. Son objectif est d'abaisser le taux de méningococcie

[82] En ce qui concerne les événements des années 1990 à 1995, il n'a pas été possible de traiter complètement les données de l'état civil fournies par l'Ontario. Les codes invalides ont été transférés dans la catégorie « non déclaré », et les situations invraisemblables ont été acceptées comme si elles avaient été déclarées.

[83] On croit qu'il existe une certaine sous-déclaration et/ou un délai en matière de déclaration dans les régions éloignées.

[84] Feuillets d'information de Santé Canada, *Les méningococcies invasives*, avril 2001.

[85] Ibid.

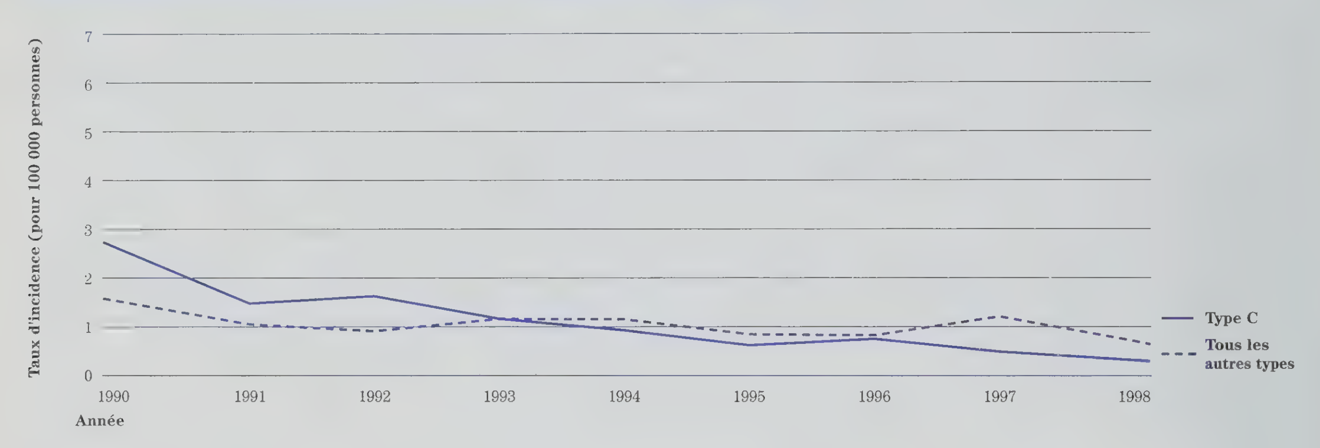
invasive et ainsi réduire les coûts élevés d'hospitalisation et de traitement associés à cette maladie. Un taux plus faible de méningococcie invasive pourrait également faire baisser l'incidence des séquelles graves et ainsi améliorer la santé générale des Ontariennes et Ontariens.

Le taux d'incidence de la méningococcie invasive est défini comme le taux de nouveaux cas déclarés sur une année donnée chez les moins de 20 ans, exprimé pour 100 000 personnes. Un cas est confirmé par l'analyse en laboratoire, soit en isolant la bactérie qui cause la méningococcie invasive, *Neisseria meningitidis*, dans un support stérile (comme le sang ou le liquide céphalorachidien), soit par la recherche de l'antigène *N. meningitidis* dans le liquide céphalorachidien.

Taux d'incidence de la méningococcie invasive en Ontario

Au cours des 10 dernières années, le taux d'incidence de la méningococcie invasive de type C et de tous les autres types a baissé en Ontario. Cela est probablement dû à la nature cyclique de la maladie, aux campagnes de vaccination ciblées conduites pendant les épidémies et à l'information du public.

Taux d'incidence de la méningococcie invasive en Ontario de 1990 à 1998



Source : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire et surveillance systématique, Santé Canada

Note : Compte tenu de la non-disponibilité de données en 1999, il a été impossible de présenter un graphique pour une période de dix ans.

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'incidence de la méningococcie invasive

- L'Ontario a établi des politiques et des procédures de santé publique destinées à réduire l'incidence de la méningococcie invasive.
- Lorsqu'un cas est déclaré à un bureau de santé, les unités de santé publique préviennent immédiatement les personnes ayant été en contact avec le malade pour s'assurer que les antibiotiques de prévention puissent être prescrits rapidement et pour réduire le risque d'infections secondaires.
- Depuis l'été 2002, l'Ontario fournit des vaccins financés par des fonds publics aux personnes ayant été en contact avec des malades atteints de méningococcie invasive (comme le recommande le CCNI) pour réduire encore plus les risques de cas secondaires.

Indicateurs connexes

2. Mortalité infantile

7cii. Taux d'incidence de la rougeole

Présentation

La rougeole est une infection virale très contagieuse et qui peut être évitée par l'immunisation. La rougeole est plus grave chez les bébés et chez les adultes que chez les enfants, et les complications peuvent comprendre l'infection de l'oreille moyenne, la diphtérie laryngienne et l'encéphalite. Les stratégies efficaces de réduction de l'incidence de la rougeole diminuent les coûts de santé associés à la maladie et améliorent la santé des Ontariennes et des Ontariens.

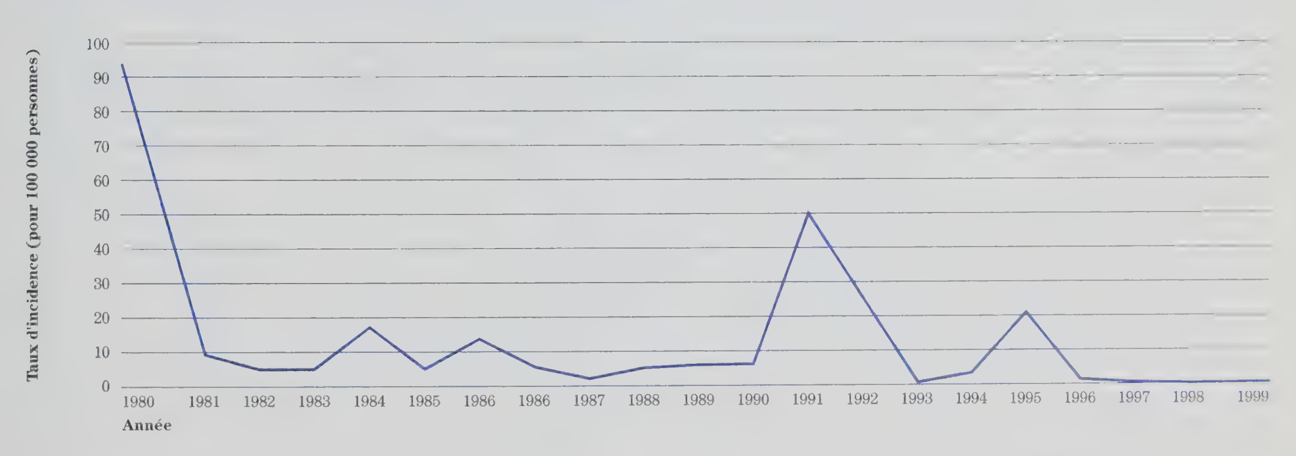
Afin de lutter contre la maladie, le système de santé utilise le taux d'incidence de la rougeole pour évaluer l'efficacité des nouvelles techniques, y compris de l'immunisation et le suivi rapide des cas soupçonnés pour prévenir les cas secondaires.

Le taux d'incidence de la rougeole est défini comme le taux de nouveaux cas déclarés sur une année, exprimé pour 100 000 personnes. Les cas d'infection sont confirmés par une épreuve de laboratoire, en l'absence d'une immunisation récente par un vaccin contre la rougeole, lequel doit répondre à l'un des critères suivants : détection du virus de la rougeole provenant d'un échantillon clinique approprié, augmentation significative du niveau d'anticorps spécifiques à la rougeole entre sérums de phase aiguë et convalescente ou un test sérologique positif pour la rougeole IgM qui utilise le titrage recommandé.

Taux d'incidence de la rougeole en Ontario

Le taux d'incidence de la rougeole en Ontario a fortement chuté depuis 1980, il est passé de 94,37 cas pour 100 000 personnes à 0,03 cas en 2000. Cependant, en 1995 l'Ontario a subi une épidémie de rougeole, malgré les taux de couverture élevés obtenus avec le vaccin unidose. En réponse à cette épidémie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en place, en 1996, le programme à deux doses appelé *programme de rattrapage pour le vaccin contre la rougeole*, financé par des fonds publics. L'objectif visé était d'immuniser adéquatement tous les enfants et les élèves des écoles. Depuis l'application de ce programme, le taux d'incidence de la rougeole en Ontario a baissé de façon significative.

Taux d'incidence de la rougeole en Ontario de 1980 à 1999



Source : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (1980-1997) et surveillance systématique (1998-2000)[86]

[86] La déclaration des maladies doit prendre en compte la nature de la rougeole. Comme celle-ci survient lors d'épidémies périodiques, les données sont susceptibles de varier considérablement et d'être mal interprétées.

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'incidence de la rougeole
L'Ontario s'est engagé à éliminer la rougeole indigène avant 2005 et a pris les mesures suivantes pour atteindre cet objectif :

- Pour améliorer la protection, deux doses du vaccin contre la rougeole sont administrées aux bébés et aux enfants, la première étant administrée juste après le premier anniversaire et la seconde au moment de l'entrée à l'école, entre 4 et 6 ans.
- Aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, les parents des élèves doivent présenter les documents attestant que leurs enfants ont reçu l'immunisation préconisée contre la rougeole, sauf si l'élève est en possession d'une exemption médicale ou philosophique valide. Les médecins hygiénistes gardent ces dossiers à jour et peuvent ordonner la suspension des élèves pour qui les documents obligatoires n'ont pas été fournis.
- La *Loi sur les garderies* oblige les enfants inscrits dans des programmes de garderie agréés à satisfaire aux impératifs d'immunisation requis par le médecin hygiéniste local, conformément aux obligations d'immunisation de l'Ontario. Dans le cadre des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires de l'Ontario, les conseils de santé doivent évaluer et actualiser ces dossiers et s'assurer que tous les enfants ont reçu l'immunisation requise.

Indicateurs connexes
2. Mortalité infantile
9c. Satisfaction des patients – Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

7ciii. Taux d'incidence de l'infection (invasive) à Haemophilus influenzae b (Hib) chez les enfants

Présentation
Avant l'introduction des vaccins, l'infection à Haemophilus influenzae b (invasive) (Hib) était la cause principale de méningite bactérienne et une cause majeure d'autres infections invasives graves chez les enfants[87]. Jusqu'à 5 % des personnes atteintes de méningite Hib en mourront[88] et bon nombre de patients qui y survivent présentent des complications permanentes, telles que des troubles neurologiques graves et la surdité.

L'Ontario dispense maintenant un vaccin combiné Hib dans le cadre de son programme d'immunisation des enfants. Le vaccin est donné en quatre doses avant l'âge de 2 ans, en combinaison avec les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la polio. Les cas d'infection chez les enfants totalement immunisés sont désormais rares.

Dans le cadre de ses Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires et des protocoles de traitement des cas de santé publique, l'Ontario suit l'évolution des tendances du taux d'incidence du Hib de façon à pouvoir élaborer et corriger les méthodes de contrôle et de prévention. L'efficacité des efforts entrepris pour diminuer l'incidence du Hib permettra d'améliorer la santé et de réduire les coûts financiers associés à l'hospitalisation et aux traitements.

Le taux d'incidence de l'infection à Haemophilus influenzae b (invasive) chez les enfants de moins de 5 ans est défini comme le nombre de nouveaux cas déclarés sur une année pour 100 000 personnes. Les cas sont confirmés par l'analyse en laboratoire, soit en isolant l'Haemophilus influenzae de type b dans un support stérile, soit par la recherche de l'antigène de l'Haemophilus influenzae de type b dans le liquide céphalorachidien.

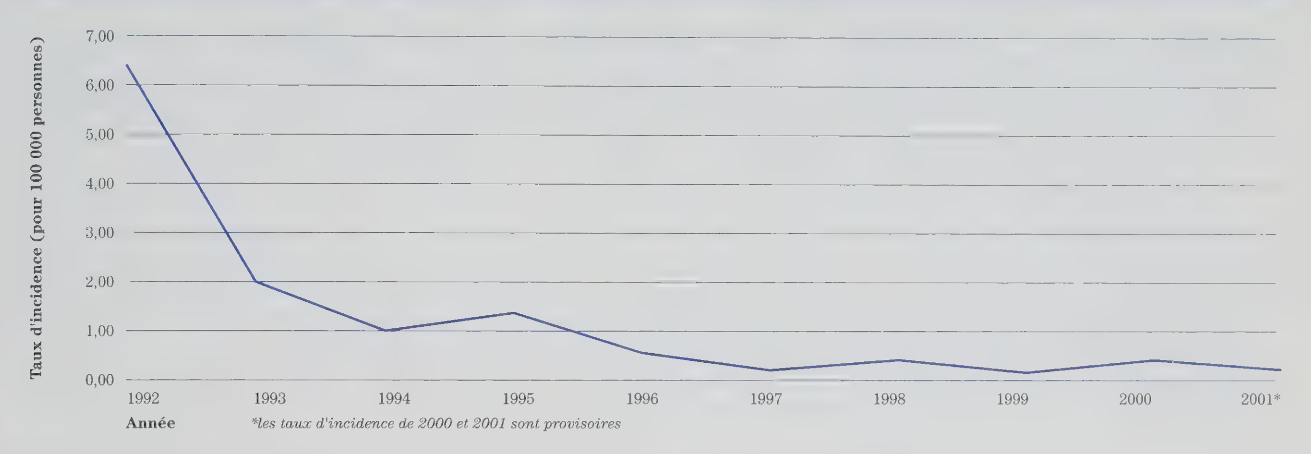
---

[87] Santé Canada, *Cas d'Haemophilus influenzae de type b dans 11 centres pédiatriques, 1996-1997*, Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1er juillet 1998.
[88] Santé Canada, *Fiche technique santé-sécurité : Haemophilus influenzae (type b)*, avril 2001.

Le taux d'incidence du Hib en Ontario
Depuis 1992, le taux d'incidence du Hib en Ontario a énormément chuté. Cette chute paraît être le résultat de l'efficacité des mesures de contrôle, qui comprennent la grande disponibilité des vaccins contre le Hib financés par des fonds publics, les forts taux d'immunisation des bébés et des enfants, des vaccins plus efficaces et la rapidité du suivi des cas soupçonnés pour prévenir d'autres infections.

Les cas de Hib qui surviennent aujourd'hui sont généralement causés par le manque d'immunisation totale contre le Hib (c.-à-d., doses manquées) ou, dans des cas très rares, l'incapacité du vaccin d'immuniser les enfants.

Taux d'incidence de l'infection à Haemophilus influenzae b chez les enfants de moins de 5 ans en Ontario de 1992 à 2001



Source : ICIS, Sommaire des maladies à déclaration obligatoire et surveillance systématique

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'incidence du Hib
Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires de l'Ontario, créées en 1997, ont établi l'objectif suivant : « réduire à zéro l'incidence de l'infection invasive à Haemophilus influenzae b (Hib) chez les enfants de moins de 5 ans ». La province utilise un certain nombre d'initiatives de santé publique pour réaliser cet objectif :

- Pendant les 15 dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a vacciné gratuitement les résidentes et les résidents de l'Ontario;
- les bureaux de santé publique agissent rapidement en matière de suivi et de traitement des cas soupçonnés et des personnes qui ont été en contact;
- aux termes de la *Loi sur les garderies*, les enfants inscrits dans des programmes de garderie agréés doivent satisfaire aux impératifs d'immunisation requis par le médecin hygiéniste local, y compris l'immunisation contre le Hib. Les conseils de santé ont l'obligation d'évaluer et d'actualiser les dossiers et de s'assurer que tous les enfants ont reçu l'immunisation requise;
- les bureaux de santé publique ont l'obligation d'étudier chaque cas déclaré de Hib pour déterminer si ce cas aurait pu être évité et de faire un suivi des personnes ayant été au contact du patient pour prévenir les cas secondaires.

Indicateurs connexes
2. Mortalité infantile

7d. Prévalence du diabète

Présentation

Le diabète est un fardeau de santé important en Ontario. Il contribue à la mortalité prématurée et entraîne souvent des complications à long terme, dont les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, les troubles entraînant des amputations et la cécité[89]. En Ontario, les personnes atteintes du diabète sont exposées à un risque deux à six fois plus élevé de présenter des troubles cardio-vasculaires, et 21 % d'entre elles subiront une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (comparativement à 4 % pour les personnes qui ne souffrent pas du diabète)[90]. La prise en charge du diabète requiert une partie substantielle des ressources d'hospitalisation et de traitement. Le risque d'être atteint du diabète s'accroît avec l'âge. L'augmentation et le vieillissement de la population de l'Ontario font que la prévalence du diabète est susceptible d'augmenter[91].

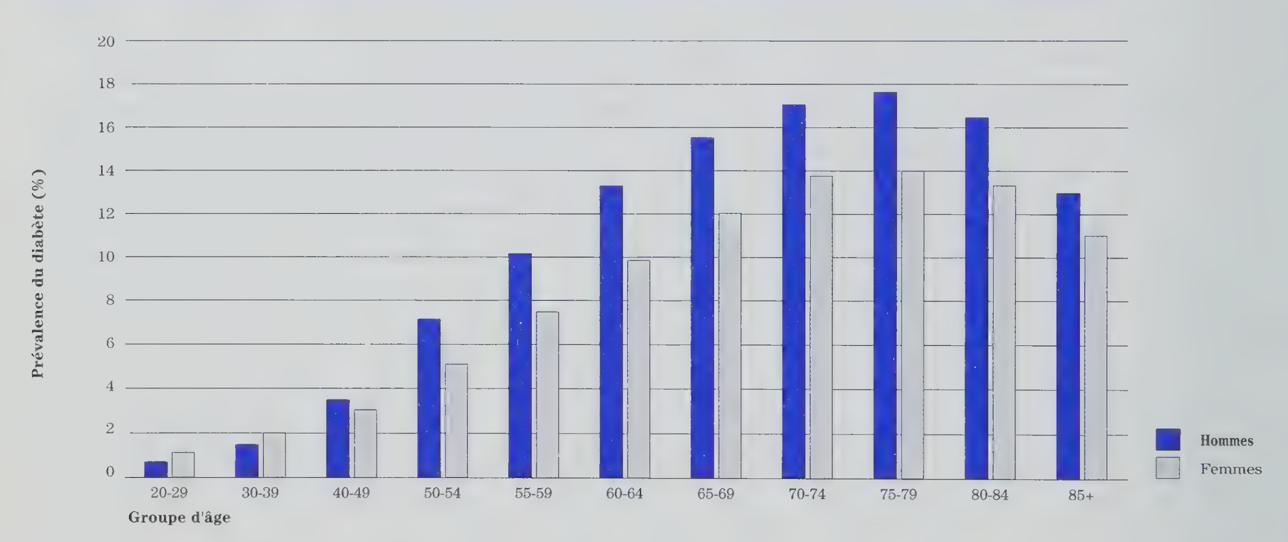
Comme le diabète représente un fardeau significatif, il est très important que l'Ontario surveille sa prévalence dans le temps. La prévalence du diabète est définie comme le nombre d'individus de 20 ans et plus, compris dans la population normalisée selon l'âge, qui présentent la maladie à un moment précis.

Prévalence du diabète en Ontario

Comme l'indique le graphique suivant, le diabète est plus commun chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge, sauf dans le groupe des 20 à 39 ans. Le premier graphique montre la relation entre le diabète et le vieillissement; le second montre que la prévalence du diabète en Ontario a augmenté constamment au cours des trois dernières années[92].



Prévalence du diabète normalisée selon l'âge chez les hommes et les femmes en Ontario, en 1999-2000



Source : Statistique Canada, Division de la démographie (estimations de la population), base de données du Système national de surveillance du diabète (SNSD),[93] ICIS

---

[89] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Diabète : Stratégies de prévention, Rapport du médecin hygiéniste en chef*, novembre 1999.

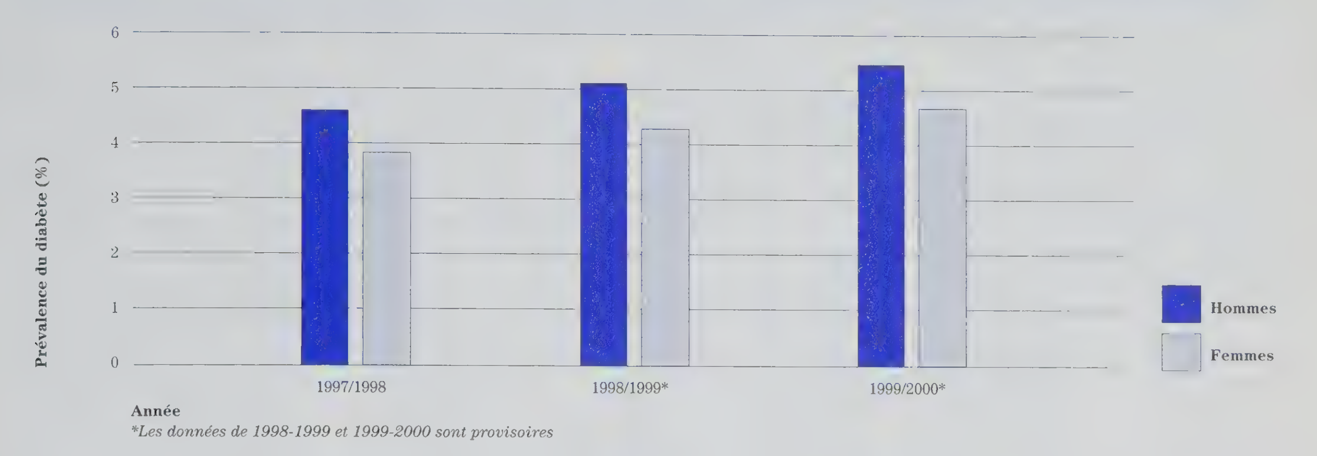
[90] Ibid.

[91] Ibid.

[92] Ces résultats correspondent, mais ne sont pas identiques, à ceux récemment publiés dans le rapport *Review of Diabetes in Ontario: An ICES Atlas*, chapitres 1-4. Dr Jan Hux, chercheur principal, 14 août 2002. Les résultats sont dérivés de la même base de données, le Système national de surveillance du diabète (SNSD)[92], mais les taux de prévalence de l'IRSS diffèrent des taux indiqués ici parce que ses résultats ont fait l'objet d'une normalisation selon l'âge et le sexe effectuée sur des populations différentes. Le rapport de l'IRSS utilise également la population ontarienne de 1996, alors que ces résultats sont basés sur le recensement de la population canadienne de 1991.

[93] Le Système national de surveillance du diabète est un nouveau système et il s'agit de sa première année de compilation de données. L'augmentation de la prévalence peut être due en partie à la détection incomplète de tous les cas existants, puisque seulement trois années de données sont disponibles. On estime qu'il faudra cinq ans de données complètes pour être certains que tous les patients atteints du diabète avant l'implantation du système soient classés de façon appropriée.

Prévalence du diabète normalisée selon l'âge chez les hommes et les femmes en Ontario, de 1997-1998 à 1999-2000



Source: Système national de surveillance du diabète (SNSD)[94]

Services de santé qui ont une influence sur la prévalence du diabète

Le gouvernement de l'Ontario prend des mesures pour prévenir le diabète de type 2[95] et fournir les soins médicaux ainsi que l'information qui permettront aux patients atteints du diabète de comprendre et prendre en charge leur maladie, et ainsi de vivre plus longtemps. Cet effort est un investissement à long terme qui peut prendre environ 15 ans avant que l'on puisse constater des effets bénéfiques sur les taux de prévalence. La *Stratégie de lutte contre le diabète* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, lancée en 1992, est axée sur le bien-être et la promotion de la santé, l'intervention précoce et la prévention efficace des complications. Les composants clés de la stratégie qui sont actuellement en œuvre comprennent :

- la création du Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord;
- l'accès et les services améliorés pour les personnes âgées et les Autochtones;
- le développement d'une stratégie de Prévention des complications liées au diabète;
- un modèle provincial coordonné pour les soins du diabète en pédiatrie;
- la conception d'un cadre et d'un plan d'action pour la prévention du diabète de type 2;
- l'évaluation de l'efficacité et l'analyse coûts-avantages du programme de lutte contre le diabète.

Indicateurs connexes

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)
5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique

---

[94] Le Système national de surveillance du diabète est un nouveau système et il s'agit de sa première année de compilation de données. L'augmentation de la prévalence peut être due en partie à la détection incomplète de tous les cas existants, puisque seulement trois années de données sont disponibles. On estime qu'il faudra cinq ans de données complètes pour être certains que tous les patients atteints du diabète avant l'implantation du système soient classés de façon appropriée.

[95] Le diabète de type 2 est la forme de diabète la plus commune. Dans cette forme, la quantité d'insuline, substance nécessaire au métabolisme du sucre, produite par l'organisme est insuffisante ou bien les cellules de l'organisme résistent à l'action de l'insuline.

Indicateurs de la qualité des services

8. Temps d'attente pour les diagnostics et les traitements clés

Le système de santé de l'Ontario s'efforce d'offrir les soins dont la population a besoin, au moment où elle en a besoin et de façon durable. Cela comporte la prise de décisions complexes en matière de planification et d'allocation pour différents programmes et services en fonction de la demande et de l'urgence. Ces décisions comprennent la planification des horaires des salles d'opération, le développement de stratégies pour l'occupation des lits d'hôpitaux et des établissements de soins de longue durée, en plus de la planification des services de prévention, de traitement et de suivi. L'objectif est de veiller à ce que les temps d'attente soient raisonnables pour ces différents services.

Le suivi des temps d'attente est l'une des façons d'évaluer la qualité et la disponibilité des services de santé. La collecte et la déclaration systématiques des données concernant les temps d'attente sont des mesures relativement nouvelles au Canada. Ce document rend compte des temps d'attente pour la chirurgie cardiaque, mais les prochains rapports incluront également les temps d'attente pour d'autres services.

8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque

8ai. Estimation du nombre de mois écoulés avant l'élimination de la liste d'attente pour les pontages aortocoronariens
8aii. Attente médiane en jours pour les pontages aortocoronariens
8aiii. Distribution des temps d'attente pour les pontages aortocoronariens

Présentation

Le système de santé de l'Ontario alloue actuellement une partie substantielle de ses ressources au traitement de la coronaropathie, dont l'un des traitements principaux est la chirurgie cardiaque. Les patients qui doivent faire face à des temps d'attente excessifs pour une chirurgie cardiaque présentent un risque accru de décès et de troubles cardiaques supplémentaires. Des temps d'attente excessifs augmentent l'anxiété, réduisent la qualité de vie et entraînent une perte de productivité. Ils peuvent également donner une mauvaise image de l'accessibilité au système de santé en plus de provoquer une baisse de la satisfaction et de la confiance des patients. Des listes d'attente courtes et, par conséquent, des temps d'attente plus courts sont liés à un taux de mortalité plus faible pour les patients en attente d'interventions chirurgicales.

Depuis plus de dix ans, le gouvernement de l'Ontario a porté une attention particulière aux temps d'attente pour le pontage aortocoronarien, l'un des types de traitement cardiaque. Le temps d'attente est mesuré par le nombre de jours que les patients doivent attendre entre le cathétérisme (diagnostic) et le pontage aortocoronarien, sur une période déterminée.

Dans ce Rapport, seuls les adultes de 20 ans et plus, pour lesquels un médecin avait prescrit un pontage aortocoronarien, et qui n'avaient pas encore subi leur intervention chirurgicale au dernier jour de la période en question, ont été inclus dans l'échantillon[96].

Une personne peut également devoir attendre avant une intervention chirurgicale cardiaque en raison des analyses reliées au diagnostic ou de la disponibilité du médecin. Au fur et à mesure que le système de santé améliorera sa capacité de suivi des temps d'attente, il fournira des rapports plus complets.

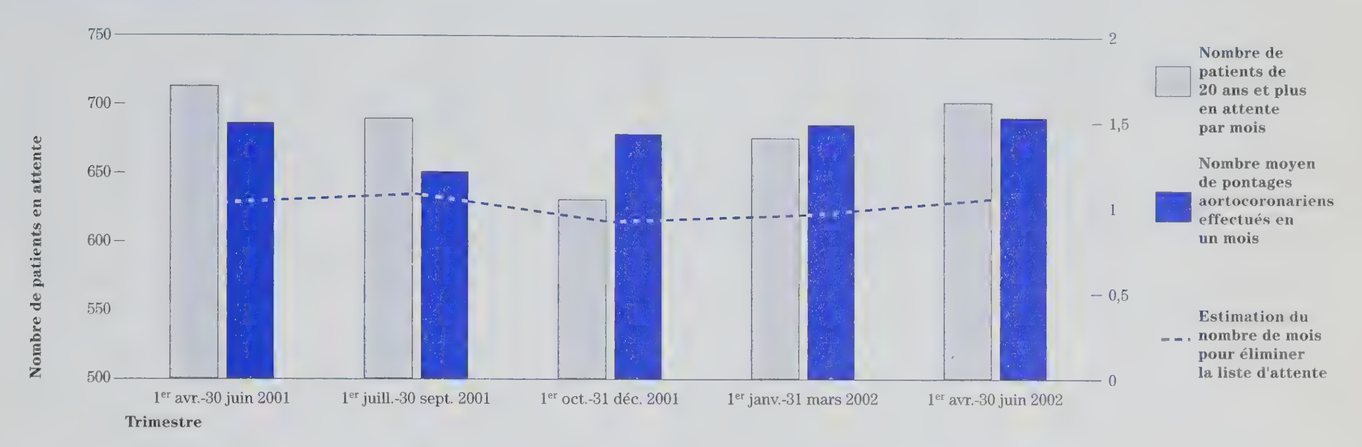
---

[96] Les résultats pour l'Ontario incluent les cas extrêmement urgents (hospitalisés) et ceux qui ne le sont pas (malades externes). Les cas urgents, semi-urgents et non urgents ont tous été inclus dans les calculs utilisés pour l'obtention de ces résultats. Seuls les patients ayant reçu des services en Ontario ont été comptabilisés dans la population de référence. Les résidentes et résidents de la province d'Ontario qui ont reçu des services dans d'autres collectivités publiques sont exclus des calculs pour les besoins de ce rapport.

Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien en Ontario

Du 1er avril 2001 au 30 juin 2002, on estimait que les patients dont les soins cardiaques ne comportaient pas d'autres procédures attendaient généralement un mois (1,01 mois du 1er avril 2001 au 30 juin 2002).

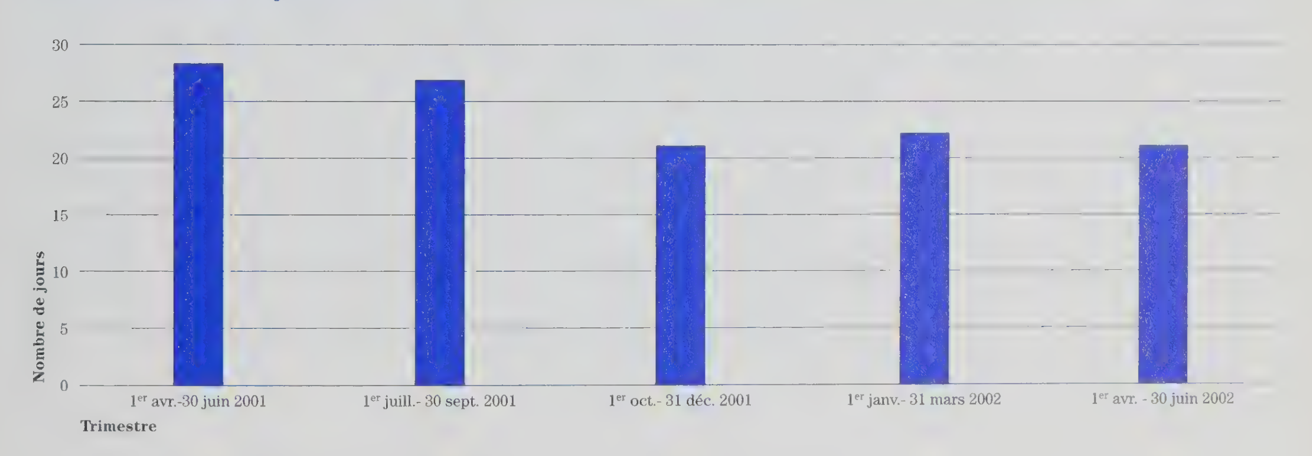
Estimation du nombre de mois pour éliminer la liste d'attente pour les pontages aortocoronariens en Ontario, du 1er avril 2001 au 30 juin 2002



Source : Réseau ontarien de soins cardiaques

Durant la même période, le temps d'attente médian entre le cathétérisme cardiaque et le pontage aortocoronarien en Ontario était de 23 jours.

Nombre médian de jours d'attente entre le cathétérisme cardiaque et le pontage aortocoronarien en Ontario, du 1er avril 2001 au 30 juin 2002

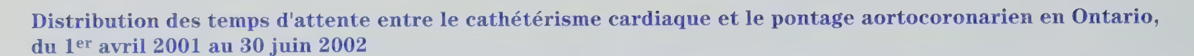


Source : Réseau ontarien de soins cardiaques

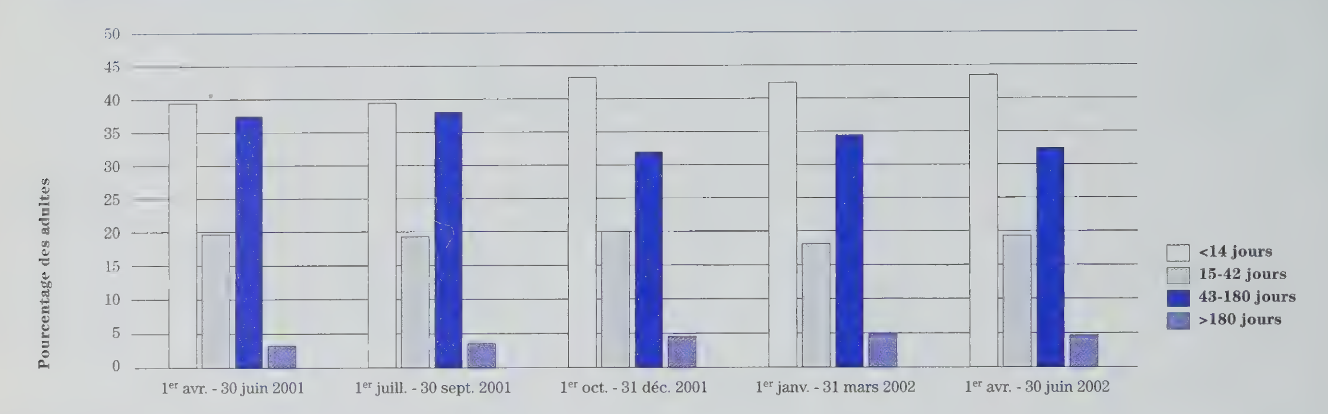
La majorité des Ontariennes et Ontariens (60,8 %) qui ont eu besoin d'un pontage aortocoronarien ont subi l'intervention dans un délai de 42 jours; toutefois, un pourcentage significatif de patients (35,0 %) ont attendu entre 43 et 180 jours. Un nombre important (plus de 40 %) de ces interventions étaient classées comme étant facultatives, donc non urgentes. Pour les cas classés comme étant urgents, le temps d'attente médian était de 7 jours[97]. De tous les pontages aortocoronariens effectués entre le 1er avril 2001 et le 30 juin 2002, 41,5 % étaient classés facultatifs, 34,4 % étaient semi-urgents et 23,0 % étaient urgents[98].

[97] Réseau ontarien de soins cardiaques, 2002.

[98] Ibid.



Distribution des temps d'attente entre le cathétérisme cardiaque et le pontage aortocoronarien en Ontario, du 1er avril 2001 au 30 juin 2002



Source : Réseau ontarien de soins cardiaques

Initiatives de santé qui ont une influence sur les temps d'attente pour un pontage aortocoronarien

Le gouvernement de l'Ontario utilise plusieurs stratégies et initiatives afin de maintenir et d'améliorer les résultats des services de santé pour les personnes atteintes de maladies cardiaques et pour la gestion des temps d'attente :

- Le gouvernement de l'Ontario suit le nombre d'interventions de chirurgie cardiaque dans le temps et utilise ces renseignements pour évaluer le rendement du système et pour allouer le financement.
- En 1990, le gouvernement de l'Ontario a créé le *Réseau ontarien de soins cardiaques* (ROSC), qui est destiné à gérer les listes d'attente des services de cardiologie de l'Ontario. Ce réseau offre des services de liaison et de coordination pour tous les adultes en attente d'une intervention cardiaque, d'un cathétérisme ou d'une angioplastie coronarienne en Ontario. Il conseille le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les sujets liés aux services de cardiologie. Le ROSC est également responsable de l'élaboration, de la gestion et de l'actualisation du système d'information de l'Ontario concernant les services de cardiologie.
- Le ministère finance la recherche en cardiologie, investit dans les infrastructures appropriées, dans les ressources humaines du domaine de la santé, dans les fiches de rendement des hôpitaux et fournit un financement dédié aux services de cardiologie des hôpitaux.
- Le gouvernement de l'Ontario améliore également l'accès aux interventions de chirurgie cardiaque. Sa stratégie d'extension des services de cardiologie sur cinq ans va permettre d'ouvrir trois nouveaux centres de chirurgie cardiaque opérationnels en 2004 et de financer des procédures cardiaques supplémentaires pour assurer un accès rapide et équitable aux tests de diagnostic ainsi qu'aux traitements appropriés.

Indicateurs connexes

5a. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal, des infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux
5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
7d. Prévalence du diabète
10a. Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents
14b. Activité physique
14c. Indice de masse corporelle

9. Satisfaction des patients (SP)

9a. Satisfaction des patients – Ensemble des services de santé reçus
9b. Satisfaction des patients – Services reçus à l'hôpital
9c. Satisfaction des patients – Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin
9d. Satisfaction des patients – Soins communautaires reçus

Présentation

La satisfaction des patients (SP) est un autre moyen de mesurer la qualité du système de santé. Elle reflète l'expérience directe qu'ont les patients du système de santé à un moment donné, ainsi que le côté personnel de la santé. Cette mesure permet de voir dans quels domaines le système de santé répond aux attentes des patients et dans quels domaines les services peuvent être améliorés. L'amélioration de la qualité demande un engagement fort pour réaliser des changements efficaces à long terme. L'opinion des patients permet de déterminer quels sont les problèmes les plus importants et d'orienter les efforts du système de santé pour qu'il résolve ces problèmes.

Pour ce Rapport, le gouvernement de l'Ontario a étudié plus spécialement la satisfaction des patients dans les domaines suivants :

a) Services de soins en général;
b) services hospitaliers;
c) services des médecins de famille ou d'autres médecins;
d) services communautaires.

Les données utilisées pour ces mesures proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2001. Il s'agit d'une enquête longitudinale nationale biennale menée auprès des personnes qui ont reçu des soins dans une période de référence de 12 mois, qui ont 15 ans ou plus et qui vivent en ménage privé. Les répondants ont dû évaluer leur satisfaction sur une échelle de cinq points allant de très insatisfait à très satisfait. Les graphiques des pages suivantes indiquent le nombre de personnes qui se sont dites « très satisfait » ou « assez satisfait » des services reçus[99].

Ces résultats sont présentés dans le contexte de deux initiatives qui sont liées :

- L'enquête *Dialogue public sur la santé* du gouvernement de l'Ontario, distribuée aux foyers de la province d'Ontario en août 2001. Elle avait pour objectif d'aider le gouvernement à répertorier les problèmes de santé qui sont les plus importants pour le public et à déterminer comment améliorer le système de santé. Plus de 400 000 foyers ontariens ont répondu; les résultats ont été analysés par Gregg, Kelly, Sullivan and Woolstencroft : The Strategic Counsel et ont été publiés le 21 janvier 2002.
- Les *fiches de rendement* annuelles *des hôpitaux* de l'Ontario. Celles-ci comprennent un élément d'enquête détaillé sur les patients qui reviennent à l'hôpital et fournissent des renseignements provenant des enquêtes et des entretiens avec les patients, leur famille ou le personnel soignant sur leurs expériences d'hospitalisation. Les résultats clés sont également mis en évidence dans le supplément annuel sur le rendement des hôpitaux publié dans les journaux par le gouvernement pour tous les Ontariennes et Ontariens. En 2001, des fiches de rendement ont été diffusées pour la plupart des services hospitaliers de soins de courte durée, de soins en service d'urgence et de soins continus complexes (ou chroniques) en Ontario. À l'avenir, le suivi par fiches de rendement sera étendu aux services de santé mentale et de réadaptation pour mesurer la satisfaction de leurs patients.

  Il est important de noter la magnitude et l'étendue de cette initiative. Par exemple, l'enquête portant sur les fiches de rendement des services d'urgence a été la plus grande enquête sur la satisfaction des patients des services d'urgence conduite en Amérique du Nord (et probablement dans le monde) à ce jour : 75 271 patients soignés dans un service d'urgence, d'août à octobre 2000, ont reçu un formulaire d'enquête par la poste et environ 24 000 d'entre eux ont répondu. L'enquête comprenait 39 questions portant sur la perception des soins reçus par le patient, le temps d'attente avant de recevoir les soins, la compréhension des soins reçus et la compréhension des instructions reçues pour les soins ultérieurs[100].

Satisfaction des patients concernant les services de santé en Ontario

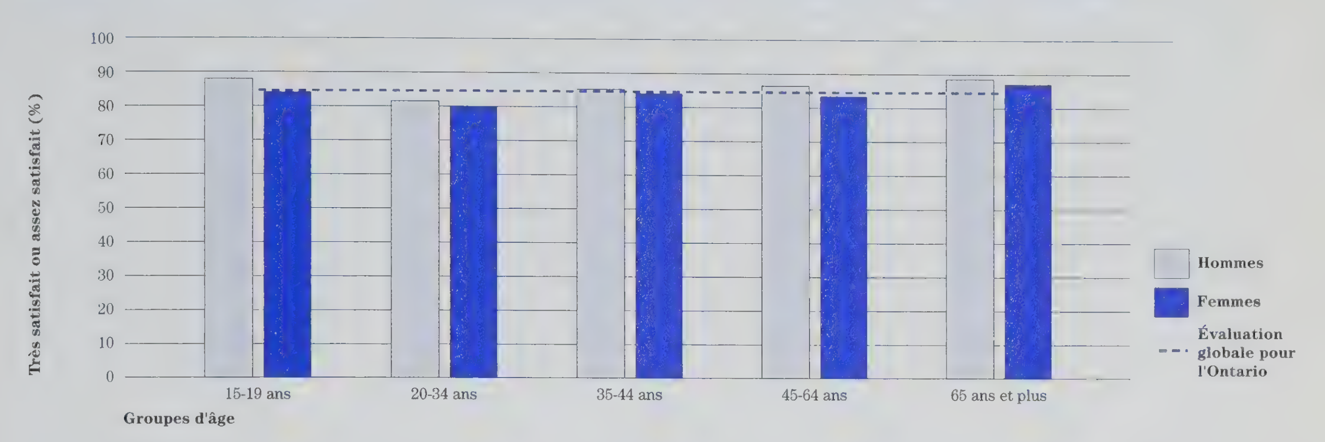
a) Ensemble des services de santé. Les études mesurant les niveaux de satisfaction pour l'ensemble des soins examinent les expériences des patients dans tous les aspects des soins de santé, y compris : la nourriture, les aménagements, les services infirmiers, les médecins, les temps d'attente et l'accès aux services. Dans l'ESCC de 2001, 84,7 % des répondantes et répondants ontariens ont déclaré être « très satisfait » ou « assez satisfait » des services de santé en général. Ceci est cohérent par rapport la moyenne canadienne pour cet indicateur. Lors de l'examen des réponses de l'Ontario par groupes d'âge, les patients de 65 ans et plus étaient les plus satisfaits.

---

[99] Bien que ce Rapport utilise des données sur l'expérience des patients, il ne fournit aucun renseignements sur la nature de cette expérience (p. ex., bilan de santé annuel par opposition à une greffe de rein) et il n'évalue pas non plus les différents aspects du service qui ont contribué à la perception et à la satisfaction générales du patient (p. ex., accessibilité, disponibilité, qualité, degré auquel les services rendus étaient centrés sur le patient).

[100] Le *Dialogue* et l'ESCC sont des enquêtes très différentes, avec des méthodologies et des champs d'études dont les caractéristiques sont différentes. Il faut faire attention lorsque l'on compare les résultats de l'ESCC directement avec ceux de l'enquête *Dialogue*. Bien que l'enquête *Dialogue* ait donné des résultats positifs en matière de satisfaction du public (p. ex., 77 % des Ontariennes et Ontariens ont classé leur système de santé comme étant « excellent », « bon » ou « correct »), la valeur particulière de l'enquête *Dialogue* réside dans sa capacité de souligner des domaines qui intéressent particulièrement les Ontariennes et Ontariens et leurs priorités pour l'action du gouvernement. Ces dernières comprennent un accès amélioré aux outils de diagnostic précoce pour dépister une maladie plus tôt, des temps d'attente réduits et la capacité de garder les personnes en bonne santé plutôt que de les traiter après qu'elles sont tombées malades.

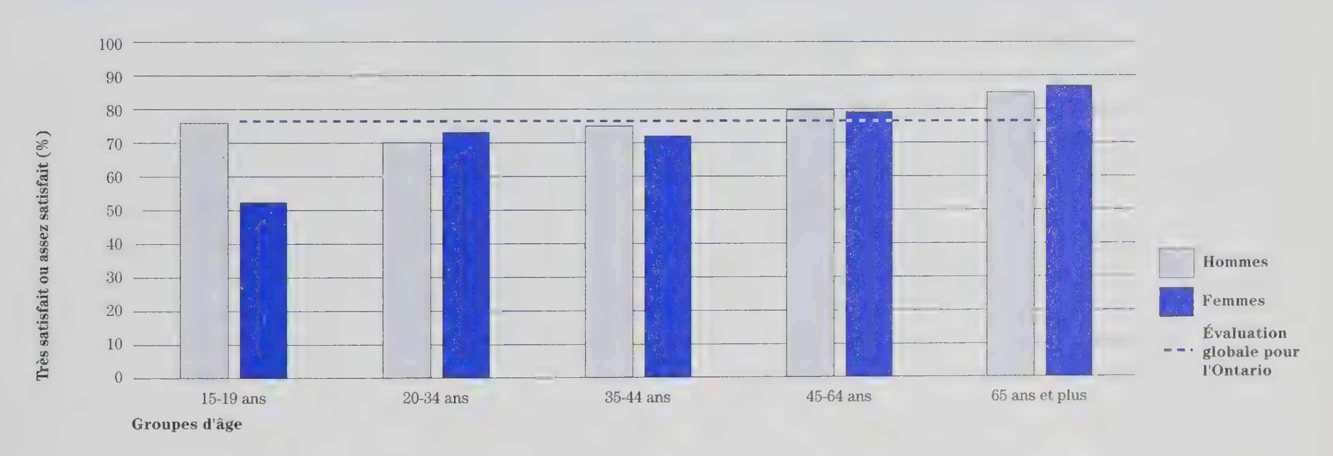
Hommes et femmes « très satisfait » ou « assez satisfait » des services de santé en Ontario en 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon d'environ 25 000) – Cycle 1.1 2000

b) Services hospitaliers. Dans l'exercice 2001, Statistique Canada a ajouté des questions portant sur le lieu de prestation des soins dans son enquête ESCC. Selon les résultats, 76,9 % des patients en Ontario étaient très satisfaits ou assez satisfaits des soins hospitaliers qu'ils avaient reçus. Si l'on considère la répartition par groupe d'âge, les personnes de 65 ans et plus étaient, comparativement, les plus satisfaites.

Hommes et femmes « très satisfait » ou « assez satisfait » des services hospitaliers en Ontario en 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon d'environ 25 000) – Cycle 1.1 2000

Dans les résultats de l'enquête *Dialogue public* 2001 en Ontario, 68 % des répondants ont déclaré être très satisfaits ou assez satisfaits des services d'hospitalisation qu'ils avaient reçus, et 54 % étaient très satisfaits ou assez satisfaits des services d'urgence reçus.

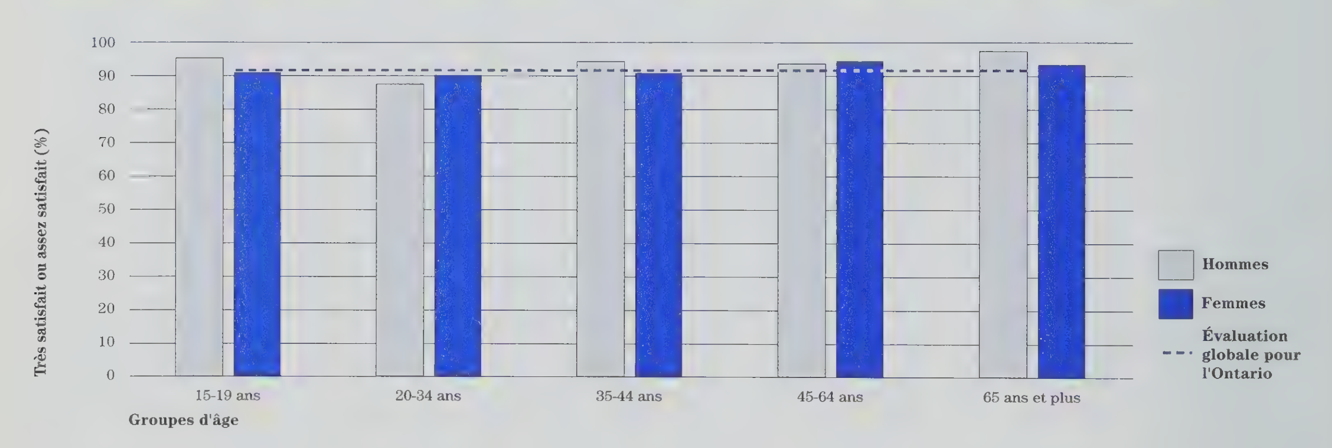
Dans les enquêtes sur les *fiches de rendement des hôpitaux* 2001, 88 % des patients des services de soins actifs et 75 % des patients des services de soins continus complexes ont classé les soins reçus dans les hôpitaux de l'Ontario comme excellents ou bons, alors que la moyenne des patients des services d'urgence allait de 63 à 90 (sur un total possible de 100) dans tous les hôpitaux.

Les résultats des enquêtes sur les fiches de rendement des hôpitaux variaient entre les hôpitaux de même que selon les régions et les types d'hôpitaux. Bien que les réponses des patients sur leur satisfaction concernant les médecins et les traitements médicaux varient, on a noté peu de différences entre les régions dans les scores moyens pour cet indicateur, ce qui suggère que les patients présentaient des taux de satisfaction similaires dans toute la province. Environ 72 % des patients traités pour une urgence ont donné aux médecins et aux traitements médicaux des scores de 80 (excellent ou bon) ou plus.

Lorsqu'on leur demandait s'ils étaient prêts à retourner dans le même service d'urgence, environ 79,3 % des patients ont donné des scores de 80 et plus. Comme pour les résultats sur la satisfaction globale et sur la satisfaction concernant les médecins, on a noté peu de différence entre les régions ou entre les groupes de pairs pour cet indicateur. Les hôpitaux ont reçu le niveau de satisfaction le plus faible de la part des patients des services d'urgence pour la qualité des installations ainsi que pour l'attention portée à leur intimité et à leurs effets personnels pendant leurs séjours en service d'urgence. Seulement 40,1 % des patients ont donné un score de 80 ou plus. La majorité des patients (54,4 %) a donné un score de 50 à 79,9 (correct ou bon) à cet indicateur.

c) *Services du médecin de famille ou d'un autre médecin.* Pour évaluer la satisfaction des patients en ce qui concerne leur médecin de famille, l'ESCC examine les aspects des soins tels que la disponibilité du service, la distance à parcourir, la qualité des soins et le caractère amical du service. L'enquête menée lors de l'exercice 2001 par l'ESCC démontre que 91,7 % des Ontariennes et Ontariens étaient très satisfaits ou assez satisfaits des services de leur médecin de famille. Tous les groupes d'âge interrogés avaient des niveaux de satisfaction similaires concernant le médecin de famille ou les autres médecins.

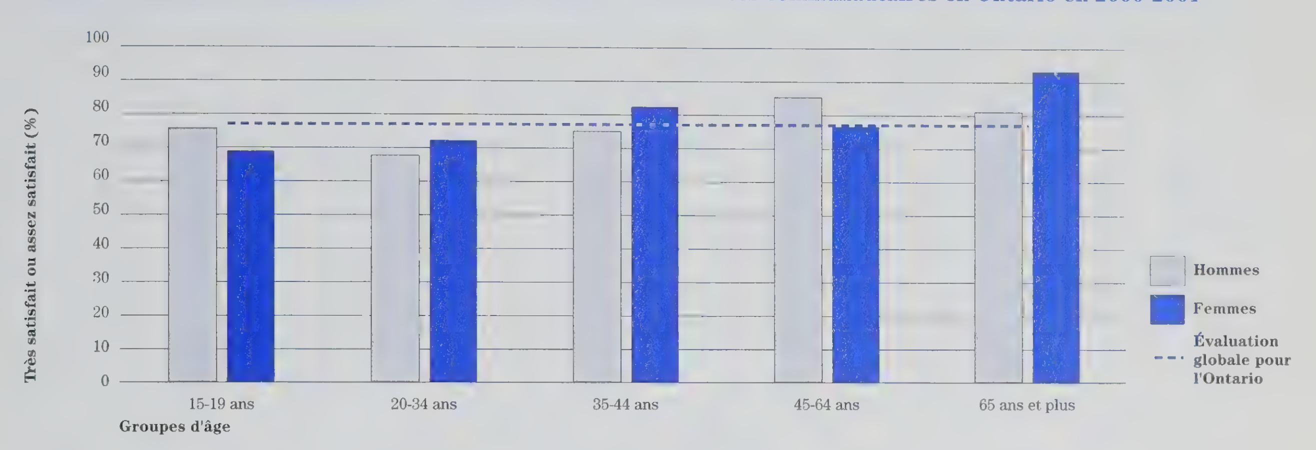
Hommes et femmes « très satisfait » ou « assez satisfait » de leur médecin ou d'un autre médecin en Ontario en 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon d'environ 25 000) – Cycle 1.1 2000

d) *Services communautaires.* L'ESCC a examiné différents aspects des services de santé communautaires, y compris l'information et l'orientation, les évaluations, les soins infirmiers et d'aide à l'installation à domicile ainsi que l'assistance quotidienne. Dans l'enquête 2001 de l'ESCC, 77,3 % des Ontariennes et Ontariens étaient très satisfaits ou assez satisfaits des services communautaires qu'ils avaient reçus. Les personnes âgées de 65 ans et plus étaient les plus satisfaites.

Hommes et femmes « très satisfait » ou « assez satisfait » des services communautaires en Ontario en 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon d'environ 25 000) – Cycle 1.1 2000

L'enquête *Dialogue public* ne posait pas de questions spécifiques sur les services communautaires; elle traitait des services de longue durée et des services de soins à domicile de l'Ontario. Les résultats ont indiqué que 59 % des répondants étaient très satisfaits ou assez satisfaits du niveau des soins de longue durée fournis, alors que 69 % avaient un niveau de satisfaction identique pour les services de soins à domicile en Ontario[101]. Ces résultats sont cohérents avec le niveau de satisfaction légèrement moins élevé (en comparaison avec l'ESCC) exprimé dans l'ensemble des résultats de l'enquête *Dialogue*[102]. Ils soutiennent également la tendance générale de l'ESCC qui indique des niveaux plus élevés de satisfaction envers les services des hôpitaux et des médecins en Ontario.

Indicateurs connexes

4. État de santé autodéclaré

---

[101] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Dialogue public sur la santé - Rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, janvier 2002.

[102] Les résultats de satisfaction moins élevés de l'enquête *Dialogue* peuvent être le reflet de la nature autosélective exclusive de son échantillon.

10. Réadmission à l'hôpital pour certaines maladies

10a. Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde
10c. Taux de réadmission pour la pneumonie

Présentation

Le taux de réadmission à l'hôpital est une mesure de la qualité des soins que les patients reçoivent. Un taux de réadmission élevé peut suggérer que les patients ne bénéficient pas de la qualité de soins qu'ils sont en droit d'attendre, et un taux faible peut suggérer qu'ils sont uniquement autorisés à sortir de l'hôpital après avoir été traités adéquatement et qu'ils bénéficient des services de suivi nécessaires.

Pour cet indicateur, le gouvernement de l'Ontario donne des résultats spécifiques sur les taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM) et pour la pneumonie. Ces deux maladies sont également suivies dans les *fiches de rendement des hôpitaux* de l'Ontario. Remarque : les résultats des *fiches de rendement des hôpitaux* sont similaires à ceux des taux de réadmission présentés ici, mais ils ne sont pas identiques. La méthodologie utilisée pour calculer ces taux est fondée sur celle utilisée pour les *fiches de rendement des hôpitaux* de l'Ontario, mais elle a été modifiée par le CRIR de façon à pouvoir définir des mesures comparables pour le Rapport. Cela a été fait pour corriger les différences entre les systèmes de collecte des données provinciaux et territoriaux ainsi que pour s'assurer que l'on pourrait comparer les données entre les provinces. Il faut donc faire attention lorsque l'on compare les résultats qui suivent à ceux rapportés par des mesures connexes dans les *fiches de rendement des hôpitaux*.

Ces mesures examinent les taux de réadmission non prévue dans un hôpital de soins actifs, ajustés en fonction des risques, suivant une admission pour : (i) un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou (ii) une pneumonie. Un cas est comptabilisé comme une réadmission si le patient est admis pour un diagnostic ou une procédure associée à la cause de sa première admission. Pour pouvoir être considérée comme une réadmission, l'admission doit se produire dans les 28 jours suivant une hospitalisation en soins actifs ou un transfert. Les épisodes de soins se rapportent à toutes les hospitalisations pour des soins actifs continus, y compris les transferts.

Taux de réadmission en Ontario pour l'IAM et la pneumonie

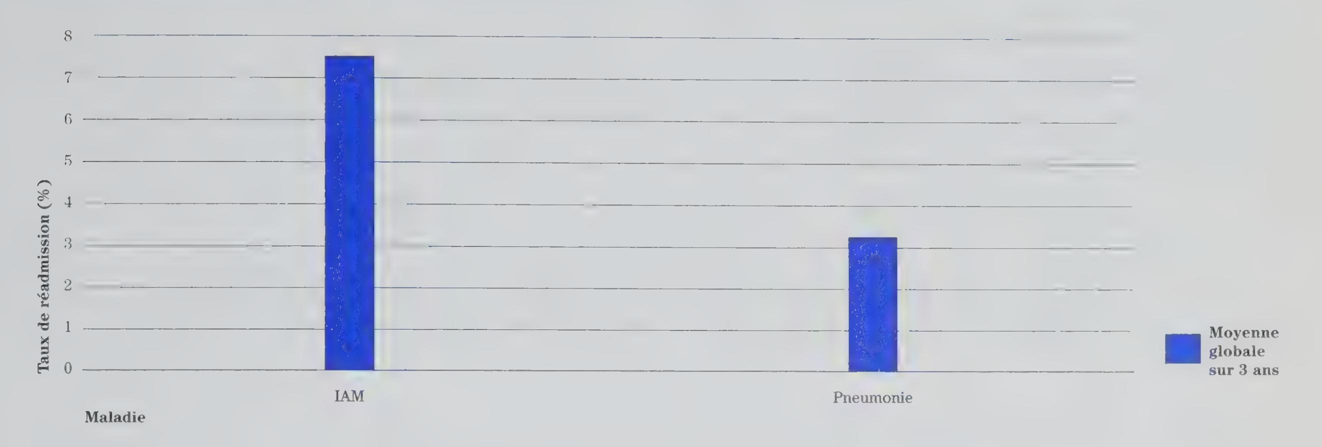
En Ontario, la moyenne globale des réadmissions sur trois ans pour l'IAM est de 7,5 %. En 1999-2000, les hommes représentaient environ les deux tiers (65 %) des hospitalisations dues à un IAM en Ontario[103]. Le sexe peut avoir un effet sur les signes et les symptômes des maladies cardiaques, ce qui peut se répercuter sur les taux de réadmission. La répartition entre hommes et femmes pour le taux de réadmission pour un IAM n'était pas disponible au moment de l'établissement de ce Rapport, mais elle sera incluse dans le rapport *Fiches de rendement des hôpitaux 2002 : Soins actifs* qui sera publié en fin d'année.

La moyenne globale des réadmissions sur trois ans pour la pneumonie est de 3,2 % en Ontario.

---

[103] Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport de 2001 sur les hôpitaux : Soins actifs*, page 32 figure 3.2 : Qui a été hospitalisé en 1999-2000?

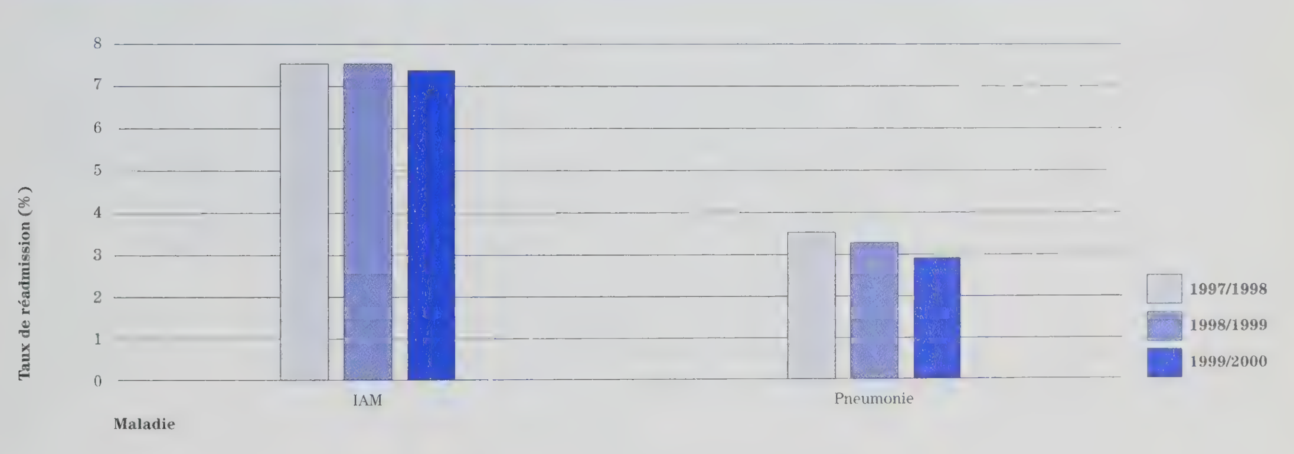
Taux de réadmission en hôpital pour l'IAM et la pneumonie en Ontario – Moyenne globale sur 3 ans, de 1997-1998 à 1999-2000



Source : ICIS, base de données sur la morbidité en hôpital

Au cours des trois dernières années, le taux de réadmission pour l'IAM en Ontario est demeuré relativement stable. Le taux de réadmission pour la pneumonie semble baisser, malgré une augmentation de 13 % du taux global des premières admissions pour la pneumonie sur la même période[104].

Taux de réadmission année par année pour l'IAM et la pneumonie en Ontario, 1997-1998 à 1999-2000



Source : ICIS, base de données sur la morbidité en hôpital

Indicateurs connexes

5a-d. Changement de l'espérance de vie

7. Réduction du fardeau des maladies et des lésions

14a-d. Promotion de la santé et prévention des maladies

[104] Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport de 2001 sur les hôpitaux : Soins actifs*, page 32 figure 3.2 : Qui a été hospitalisé en 1999-2000?

11. Accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des services de premier contact sur la santé

La base de données qui doit servir pour les indicateurs 11a à d du Rapport fédéral, provincial et fédéral sur les 14 indicateurs[105] est en cours de développement. Pour le présent Rapport, le gouvernement de l'Ontario fait le point sur son initiative de Télésanté, la pierre angulaire de sa stratégie d'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des services de premier contact sur la santé.

Présentation

L'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des services de premier contact pour les problèmes de santé est une mesure de la qualité des soins. Plus il est facile pour les personnes d'accéder aux renseignements dont elles ont besoin dans le domaine de la santé, plus elles sont susceptibles de prendre les décisions appropriées pour promouvoir et protéger leur santé.

Le gouvernement de l'Ontario fournit un service téléphonique confidentiel et gratuit à l'échelle de la province qui permet d'orienter et d'informer les Ontariennes et Ontariens 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le service *Télésanté Ontario* était disponible dès janvier 2001 aux résidentes et aux résidents des régions ayant les indicatifs 416 et 905 et a été étendu aux 11,9 millions de résidentes et résidents de la province d'Ontario en décembre 2001. Le service *Télésanté Ontario* est disponible au format téléscripteur (TTY), en anglais, en français et dans 108 autres langues. Le service est proposé par des infirmières et infirmiers autorisés.

Pour assurer des soins de grande qualité, *Télésanté Ontario* se concentre sur quatre domaines clés :

- Rapidité – en offrant un accès à des renseignements et à des conseils sur la santé à partir de n'importe quel téléphone
- Accessibilité – par le biais d'un numéro gratuit et sans avoir à fournir de numéro d'assurance-santé, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Continuité et uniformité des soins – en donnant aux infirmières et infirmiers accès aux antécédents médicaux et au dossier des personnes ayant déjà appelé
- Sécurité – en donnant aux infirmières et infirmiers accès à des logiciels de prise de décision normalisés qui réduisent la possibilité d'erreur et, en cas d'urgence, au central de communication des ambulances dans la région de la personne qui appelle

Le succès du programme repose en grande partie sur sa capacité de prédire la demande et d'y répondre, ainsi que de recruter, former et garder un personnel expérimenté. Pour être efficace, le service doit faire l'objet d'une promotion active. Il doit également maintenir un haut degré de satisfaction des personnes qui appellent concernant les renseignements et les conseils donnés.

Les effets du service Télésanté en Ontario

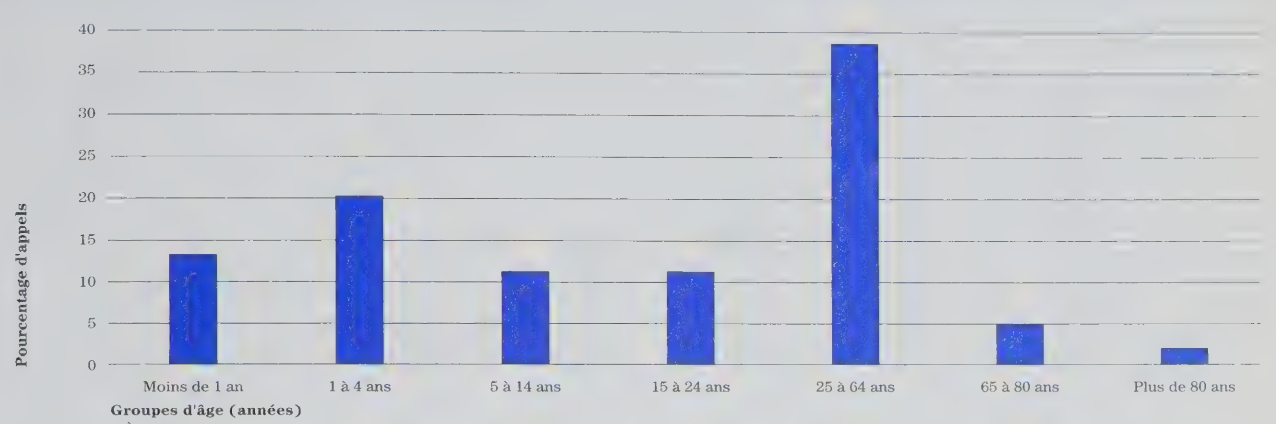
Pendant ses 18 premiers mois de fonctionnement, *Télésanté Ontario* a reçu plus de 1 000 000 d'appels[106]. En décembre 2001, le service était disponible pour tous les citoyens et citoyennes de l'Ontario et *Télésanté Ontario* reçoit maintenant en moyenne 3 100 appels par jour[107]. Depuis que le service a été étendu à toute la province, environ 37 % des personnes qui appellent ont déjà utilisé le service[108].

Les graphiques suivants donnent un profil des utilisateurs de *Télésanté Ontario*. La majorité des conseils donnés par les infirmières et infirmiers du service sont destinés à des personnes de 25 à 64 ans qui appellent pour elles-mêmes ou pour d'autres personnes. La majorité des bénéficiaires sont des femmes dans les zones géographiques des indicatifs régionaux 905 et 416, où la population de la province est concentrée.

---

[105] Comité de revue des indicateurs de rendement FPT, juillet 2002.
[106] Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata, mars 2001 à août 2002.
[107] Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata, janvier 2002 à août 2002.
[108] Ibid.

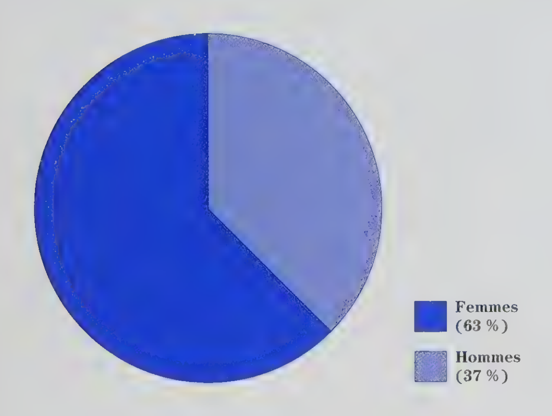
Profil des personnes soignées qui appellent le service Télésanté Ontario, 1er décembre 2001 au 30 juin 2002



** À noter que les groupes d'âge sont ceux des personnes auxquelles les services de Télésanté sont offerts et non ceux des personnes qui appellent.*

Source : Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata 2002

Pourcentage par sexe des personnes soignées, 1er décembre 2001 au 30 juin 2002



Source : Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata 2002

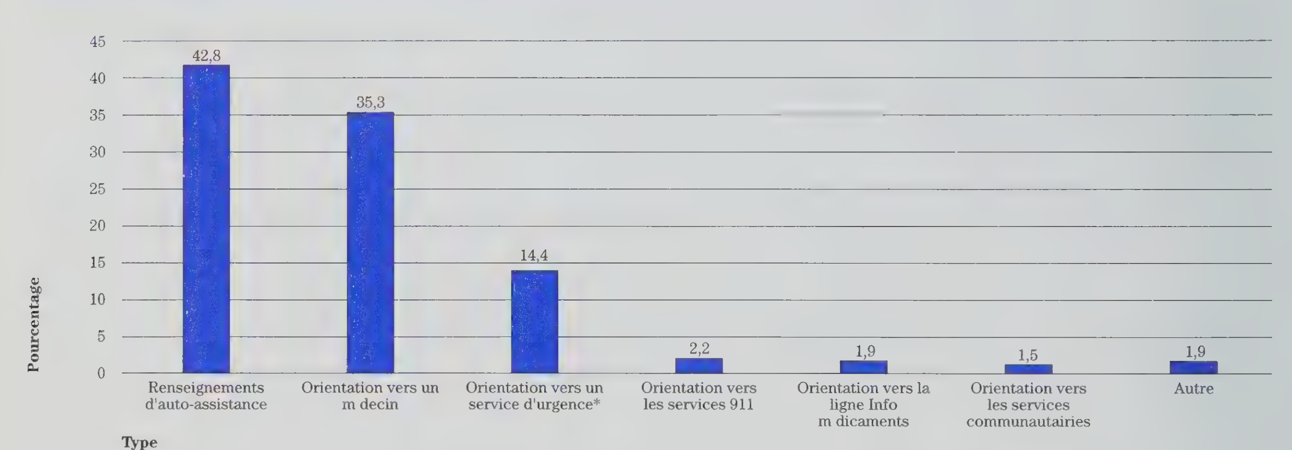
Répartition géographique des appels au service Télésanté Ontario, 1er décembre 2001 au 30 juin 2002



Source : Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata 2002

Le graphique suivant indique la distribution par type d'appel. Dans presque la moitié des appels (43 %), la personne qui appelle reçoit des renseignements qui la conduit à une auto-assistance. Ces appels ne mènent à aucune orientation vers un autre service du système de santé.

Distribution par type d'appel au service Télésanté Ontario, 1er décembre 2001 au 30 juin 2002



Source : Base de données de Télésanté Ontario, société Clinidata 2002

12. Services de soins à domicile et communautaires

12a. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant
12b. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant de 75 ans et plus

Présentation

En raison du vieillissement de la population de l'Ontario, la demande de services d'aide à la vie quotidienne augmente. Pour replacer cette augmentation dans son contexte, « … 780 000 (8,9 %) des Ontariennes et Ontariens ne vivant pas en institution ont eu besoin d'aide pour leurs activités domestiques en 1996-1997, et 190 000 (2,2 %) ont eu besoin d'une aide pour les activités de base de la vie quotidienne[109]. Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada menée en 1996-1997, 11,6 % des répondants ont déclaré avoir été obligés de limiter leurs activités à domicile, à l'école, au travail ou leurs loisirs en raison d'un problème de santé de longue durée ou d'un handicap »[110].

Pour ces raisons, les services communautaires, qui s'efforcent d'améliorer la planification des sorties après un séjour en hôpital et de fournir des soins à domicile, sont un élément important du système de santé de l'Ontario. Ces dernières années, le gouvernement de l'Ontario a étendu des programmes pour dispenser des services de santé au domicile des patients. Depuis 1995, les dépenses de l'Ontario pour les soins à domicile ont augmenté de 70 %. Ces services offrent à leurs clients un certain nombre d'avantages, dont celui de préserver leur mode de vie et leur autonomie aussi longtemps que possible et ainsi d'éviter les hospitalisations. Cela peut également permettre de réserver les places dans les établissements de soins de longue durée pour ceux dont les besoins sont plus importants.

Pour évaluer la demande en services de soins à domicile, le ministère utilise une gamme de mesures, dont les admissions et l'utilisation des services. Ces mesures peuvent également être utilisées pour identifier les manques de services dans d'autres domaines de la santé et pour expliquer les tendances en matière de prestation de services. Comptabiliser les admissions dans les services de soins à domicile est un moyen efficace de mesurer le nombre de personnes qui bénéficient de ces services. Cependant, la mesure du volume ne permet pas à elle seule de montrer dans quelle mesure les besoins des bénéficiaires sont satisfaits.

Pour les besoins de ce Rapport, les admissions sont définies comme : a) le nombre d'admissions dans les services de soins à domicile financés par l'État, y compris les services de soins à domicile et d'aide à domicile, par habitant et b) le nombre d'admissions dans les services de soins à domicile financés par l'État, y compris les services de soins à domicile et d'aide à domicile, par habitant, pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Il faut faire attention lors de l'interprétation des graphiques suivants. Trois années de données ne suffisent pas pour déterminer les tendances et l'échantillon concerné peut contenir des données qui reflètent des admissions multiples du même client (un individu peut être compté plusieurs fois au cours d'un même exercice s'il est sorti du programme de soins à domicile, puis y est admis pour une autre période).

Admissions aux services de soins à domicile en Ontario

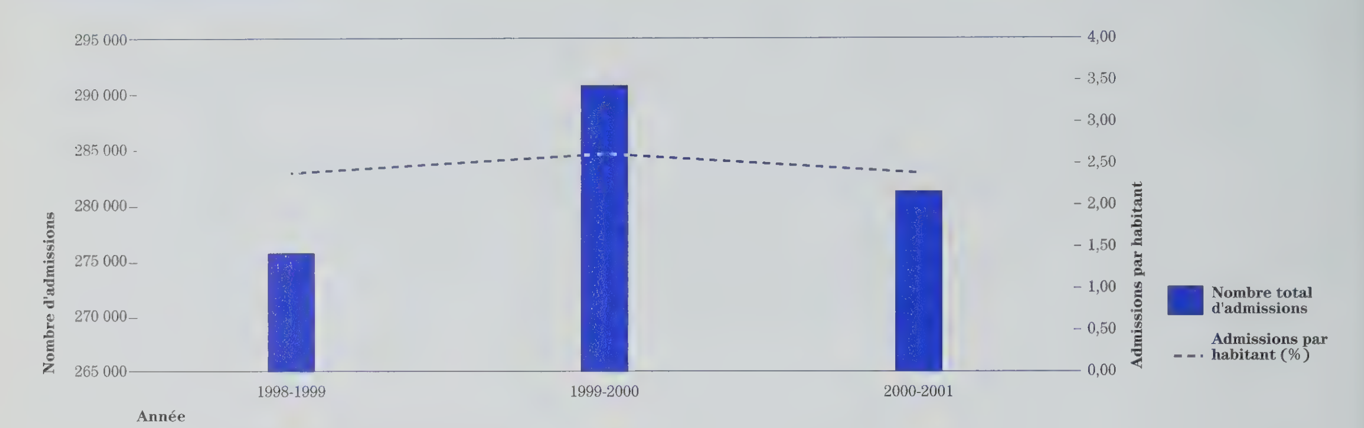
Au cours des trois dernières années, le gouvernement de l'Ontario a observé une variation importante du nombre total d'admissions dans les services de soins à domicile. Cependant, pendant la même période, le nombre total de clients a augmenté. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour expliquer les raisons de cette différence entre le nombre de clients et le nombre d'admissions. Ces raisons peuvent comprendre des changements dans les pratiques d'autorisation de sortie des hôpitaux, l'application de règlements en matière d'assistance personnelle, les effets d'une stratégie de communication mise en place par les *Centres d'accès aux soins communautaires* (CASC) en 1999 pour informer le public au sujet des services et les activités ultérieures pour équilibrer les budgets.

---

[109] Les activités domestiques comprennent les tâches telles que le ménage, la lessive et la préparation des repas. Les activités de base de la vie quotidienne comprennent les tâches telles que le bain, l'habillage, la toilette, se mettre au lit et se lever.

[110] Douglas G. Manuel & Susan E. Schultz, *Atlas Reports – the Health of Ontarians, Report #1. Adding Years to Life and Life to Years: Life and Health Expectancy in Ontario*, Institut de recherche en services de santé, 23 janvier 2001.

Admissions aux services de soins à domicile financés par les deniers publics, par habitant en Ontario, de 1998-1999 à 2000-2001

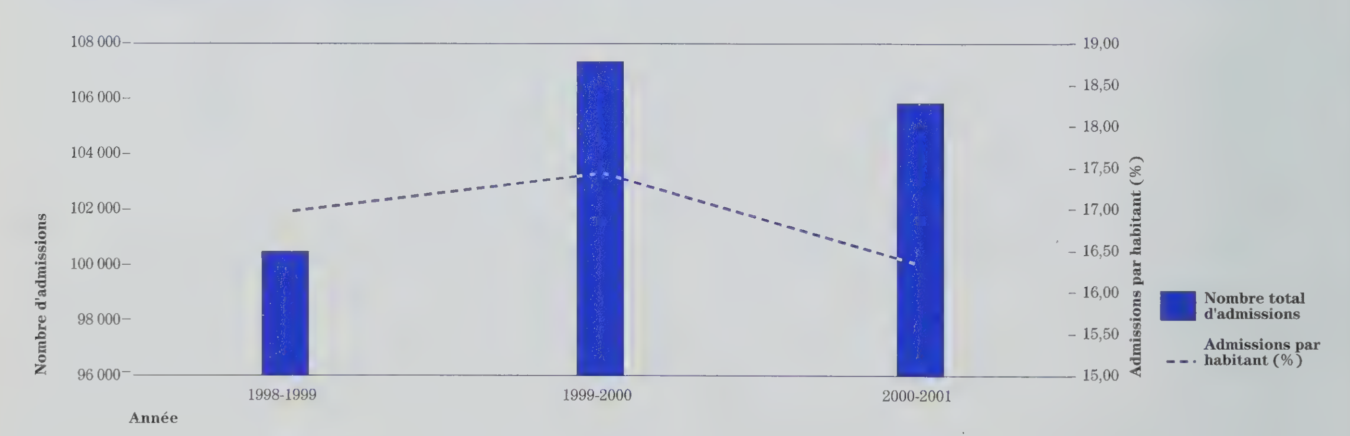


Source : ICIS, Enquête ponctuelle des ministères provinciaux et territoriaux; Statistique Canada

Les services de soins à domicile sont particulièrement importants pour les personnes de plus de 75 ans. « À 75 ans, une Ontarienne ou un Ontarien sur quatre présente une incapacité de longue durée, et la moitié vivent avec trois maladies chroniques ou plus[111]. Bien qu'il n'y ait pas de grandes différences dans la prévalence de l'incapacité à long terme et des restrictions des activités entre les hommes et les femmes, les femmes sont presque deux fois plus susceptibles d'avoir besoin d'assistance pour leurs activités domestiques. Comme pour les mesures de la mortalité et des maladies, les régions du nord présentent la plus grande proportion de personnes déclarant des déficits pour toutes les mesures de la qualité de vie liés à la santé »[112].

Bien qu'on note des variations substantielles dans le nombre d'admissions aux services de soins à domicile dans la population générale, le graphique suivant suggère que les personnes de plus de 75 ans présentent un taux d'admission plus élevé dans les services de soins à domicile.

Admissions dans les services de soins à domicile financés par les deniers publics, par habitant, pour les personnes de 75 ans et plus en Ontario de 1998-1999 à 2000-2001



Source : ICIS, Enquête ponctuelle des ministères provinciaux et territoriaux; Statistique Canada, recensement

[111] Douglas G. Manuel & Susan E. Schultz, *Atlas Reports – the Health of Ontarians, Report #1. Adding Years to Life and Life to Years: Life and Health Expectancy in Ontario*, Institut de recherche en services de santé, 23 janvier 2001.

[112] Ibid.

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'admission aux soins à domicile

- En 2001-2002, le gouvernement de l'Ontario a dépensé près de 1,2 milliard de dollars pour des services fournis par les CASC, lesquels simplifient l'accès pour les personnes qui ont besoin des services communautaires de soins de longue durée en Ontario. Les CASC sont responsables des tâches suivantes : coordonner les services, la planification et le suivi, déterminer l'admissibilité aux services, coordonner les services d'évaluation, de gestion de cas et de placement en établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées), en plus de fournir un service d'information et d'orientation vers d'autres services de soins de longue durée.

Indicateurs connexes

Toutes les mesures des maladies ont des répercussions sur l'utilisation des services de soins à domicile et communautaires.

7a-d. Réduction du fardeau des maladies et des lésions
12d. Taux d'hospitalisation pour les maladies propices aux soins ambulatoires
13a-e. Protection et surveillance de la santé publique

12d. Taux d'hospitalisation pour les maladies propices aux soins ambulatoires

Présentation

Bien que les soins préventifs, les soins primaires et la prise en charge communautaire n'éliminent pas toutes les hospitalisations, ils peuvent aider à en réduire le nombre. L'opinion généralement partagée par les professionnels de la santé est que prendre en charge les maladies de longue durée, telles que le diabète, l'asthme et la dépendance à l'alcool et aux drogues, avant que les patients ne requièrent une hospitalisation, améliore la santé des patients et contribue à améliorer l'état global de santé dans la collectivité. L'accès à des traitements communautaires efficaces pour les maladies propices aux soins ambulatoires (c.-à-d., les maladies pour lesquelles les soins ambulatoires ou communautaires appropriés peuvent empêcher l'hospitalisation ou en abréger la durée) permet aux Ontariennes et Ontariens de vaquer sans interruption à leurs activités de la vie quotidienne à domicile, à l'école et au travail. Cela permet ensuite d'améliorer la qualité de vie et la viabilité économique d'une personne. De même, les soins communautaires permettent souvent de faire des économies, puisqu'ils sont généralement moins dispendieux que l'hospitalisation. L'optimisation de la prise en charge et du traitement des maladies propices aux soins ambulatoires contribue à obtenir de meilleurs résultats pour la santé des patients en plus d'une utilisation plus efficace des ressources.

Le suivi des taux d'hospitalisation pour les maladies propices aux soins ambulatoires peut fournir une indication sur la capacité des services de traitement communautaires ou à domicile d'abaisser le nombre d'hospitalisations. Les maladies propices aux soins ambulatoires sont mesurées par le taux d'hospitalisations en soins actifs ajusté selon l'âge des patients hospitalisés pour des maladies pour lesquelles des soins ambulatoires appropriés peuvent prévenir ou réduire la durée d'une admission dans un hôpital. Pour des raisons de calcul, les patients non traités comme des patients hospitalisés en soins actifs (c.-à-d., ceux qui n'ont été admis qu'en service d'urgence ou dans un établissement de soins chroniques) sont exclus de l'échantillon[113].

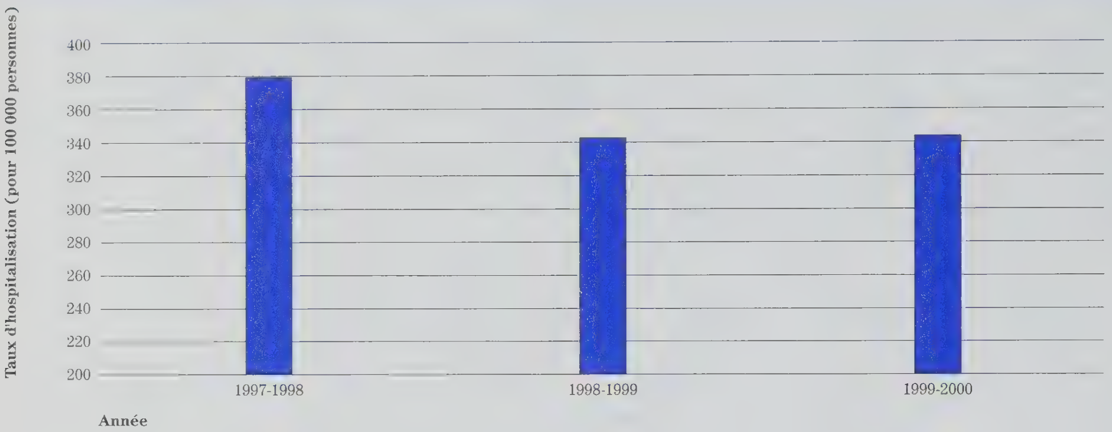
---

[113] Les taux d'hospitalisation pour ces maladies ont tendance à varier selon la région. Il peut y avoir de grandes différences entre les zones rurales et urbaines, différences qui peuvent être dues à la disponibilité et à l'accessibilité des services ambulatoires ou communautaires dans différentes régions de la province.

Efficacité du traitement des maladies propices aux soins ambulatoires en Ontario
Comme le montre le graphique suivant, le taux d'hospitalisation en Ontario pour les maladies propices aux soins ambulatoires semble avoir baissé depuis 1997-1998. Bien que trois années de données constituent une durée trop courte pour confirmer des tendances à long terme, cela suggère que le système de santé est plus efficace dans sa prise en charge des maladies dans la collectivité et dans la réduction des hospitalisations.



Taux d'hospitalisation pour les maladies propices aux soins ambulatoires en Ontario, de 1997-1998 à 1999-2000



Source : ICIS, base de données sur la morbidité en hôpital; Statistique Canada, recensement

Services de santé qui ont une influence sur les maladies propices aux soins ambulatoires
Un certain nombre d'initiatives du ministère contribuent à une prise en charge communautaire plus efficace des maladies propices aux soins ambulatoires.

- En 2001-2002, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a alloué 122 millions de dollars pour financer 150 agences dans toute la province afin de fournir des services de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues (sans compter le financement global dans les hôpitaux). Les services de traitement comprenaient l'évaluation et l'orientation, l'intervention précoce, la prise en charge du sevrage, l'aide psychologique communautaire, les programmes de jour et de soir et le traitement à domicile à long et court terme. En 2000-2001, 128 000 personnes ont bénéficié des services de traitement de la dépendance, une augmentation de 65 % depuis 1997-1998.
- Le ministère finance également 55 *Centres de santé communautaire* (100 millions de dollars en 2000-2001) et 10 *Centres de soins de santé autochtones* en Ontario. Ces centres offrent un grand nombre de services de soins primaires, de prévention de la maladie et de promotion de la santé à des populations prioritaires, y compris aux foyers à faible revenu, aux familles monoparentales, aux sans-abri et aux nouveaux immigrants. De nombreuses priorités du programme sont directement liées aux maladies propices aux soins ambulatoires, y compris l'information sur le diabète, l'éducation, les groupes d'exercice, la cessation du tabagisme et les campagnes destinées à réduire les risques de chute ainsi que la promotion de la sécurité à bicyclette.
- La *Stratégie de lutte contre le diabète*, lancée en 1992, est centrée sur la promotion du bien-être et de la santé. Les activités de promotion incluent trois initiatives : la Stratégie de prévention des complications du diabète, le Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour la région Sud de l'Ontario.
- À l'avenir, le *Plan d'action contre l'asthme* élaborera des initiatives intégrées pour faire baisser la mortalité, la morbidité et les coûts liés à l'asthme. Ces initiatives incluent la formation des professionnels de la santé sur les meilleures pratiques, l'amélioration de l'information donnée aux enfants dans les écoles, l'élaboration de programmes d'éducation, le traitement et la prise en charge dans les établissements de soins primaires,

l'orientation de patients souffrant d'asthme vers les soins primaires afin de diminuer l'utilisation des services d'urgence et les hospitalisations et, finalement, le développement de politiques pour améliorer la qualité de l'air dans les bâtiments.

- Pour la deuxième année consécutive, la province de l'Ontario est la seule compétence d'Amérique du Nord à offrir un programme d'immunisation universel gratuit pour tous ses citoyens et citoyennes.
- La *Stratégie des services d'urgence* du ministère propose un certain nombre de programmes qui traitent des facteurs affectant les services d'urgence, des activités de prévention au soutien pour l'ajout de lits supplémentaires.
- *Télésanté Ontario* fournit un accès à un service d'orientation et d'information pour tous les Ontariens et Ontariennes, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Indicateurs connexes
5. Changement de l'espérance de vie
11. Accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des services de premier contact sur la santé
12a. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant
12b. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant de 75 ans et plus

13. Protection et surveillance de la santé publique

13a. Taux d'incidence de la tuberculose

Présentation
La tuberculose est une maladie infectieuse, causée par le complexe mycobactérien (c.-à-d. *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* à l'exception de la souche BCG, ou *Mycobacterium africanum*) qui peut se transmettre d'une personne à une autre. Ce problème de santé public grave a repris de l'importance ces dernières années, étant donné que la tuberculose devient de plus en plus difficile à traiter et qu'une partie de la population de l'Ontario est toujours exposée à un risque élevé d'être infectée par cette maladie. Le taux de tuberculose est plus élevé parmi les personnes nées à l'étranger dans des pays où la tuberculose est répandue[114]. Le taux de tuberculose est également élevé dans les populations des Premières nations et chez les personnes âgées[115]. Les taux de la province sont le reflet des politiques provinciales de contrôle des maladies, ainsi que des pratiques d'immigration et du dépistage médical du gouvernement fédéral.

Le gouvernement de l'Ontario utilise les taux d'incidence de la tuberculose pour évaluer l'impact des stratégies de contrôle des maladies, telles que la surveillance des maladies, le dépistage précoce des cas, la prise en charge complète des cas et l'offre de médicaments contre la tuberculose. L'objectif de la province est de maintenir un taux d'incidence peu élevé, ce qui réduit le risque de transmission et améliore les résultats en matière de santé pour les Ontariennes et Ontariens.

Le taux d'incidence de la tuberculose est le nombre de nouveaux cas déclarés sur une année, exprimé pour 100 000 personnes. Un cas de tuberculose représente une personne chez laquelle l'organisme (*M. tuberculosis, M. bovis et M. africanum*) est identifié dans une culture ou, en l'absence de preuve bactériologique, chez laquelle les symptômes cliniques sont compatibles avec la tuberculose active. Par exemple, une radiographie pulmonaire d'une personne peut révéler des altérations compatibles avec la tuberculose active ou la tuberculose extrapulmonaire, ou une analyse pathologique ou une autopsie peuvent mettre en évidence une tuberculose active.

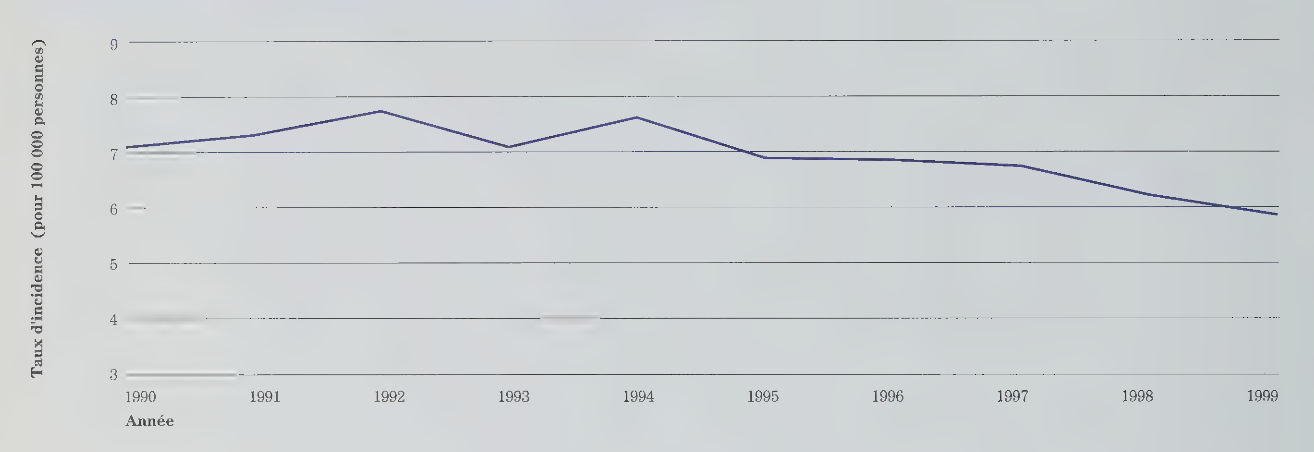
---

[114] Santé Canada, Maladies à déclaration obligatoire, *Tuberculose*, 1996.
[115] Ibid.

Taux d'incidence de la tuberculose en Ontario

Le taux d'incidence de la tuberculose en Ontario a baissé au cours des 10 dernières années. Cependant, si l'on considère l'apparition de souches résistantes aux antibiotiques traditionnels et les répercussions potentielles de cette maladie sur la santé, le gouvernement de l'Ontario doit rester vigilant pour maintenir cette courbe descendante.

Taux d'incidence de la tuberculose en Ontario, de 1990 à 1999



Source : Santé Canada, Système canadien de déclaration des cas de tuberculose

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'incidence de la tuberculose

Le gouvernement de l'Ontario soutient plusieurs initiatives pour freiner la tuberculose et pour en faire baisser le taux d'incidence.

- Les services de santé publique continuent de surveiller l'incidence de la tuberculose pour déceler les tendances et les foyers potentiels, et utiliser ces renseignements pour développer des mesures de contrôle appropriées.
- Tous les conseils de santé de la province de l'Ontario ont l'obligation d'appliquer des programmes efficaces de contrôle et de prévention de la tuberculose. Ils doivent aussi s'assurer que les personnes atteintes de tuberculose active subissent un traitement directement observé ou toute autre intervention appropriée.
- Le gouvernement de l'Ontario offre également des médicaments gratuits pour le traitement de la tuberculose à tous ses résidents et résidentes.

13b. Taux de diagnostics du VIH déclarés

Présentation

Le VIH entraîne une maladie chronique pouvant être mortelle qui n'a pas de remède et qui a des répercussions profondes sur la santé individuelle et le système de santé. Une augmentation de la prévalence du VIH affecte les besoins de santé et exerce un poids supplémentaire sur les ressources d'un certain nombre de programmes de santé, tels que les programmes de lutte contre la toxicomanie, les programmes communautaires d'information et de soutien pour les personnes atteintes du sida, les médecins de soins primaires, les cliniques pour les patients atteints du VIH et les établissements de soins de longue durée et de soutien.

En surveillant les diagnostics du VIH déclarés, le système de santé peut déceler différentes tendances épidémiologiques de l'infection au VIH et utiliser ces renseignements pour prévoir les besoins et les coûts de santé.

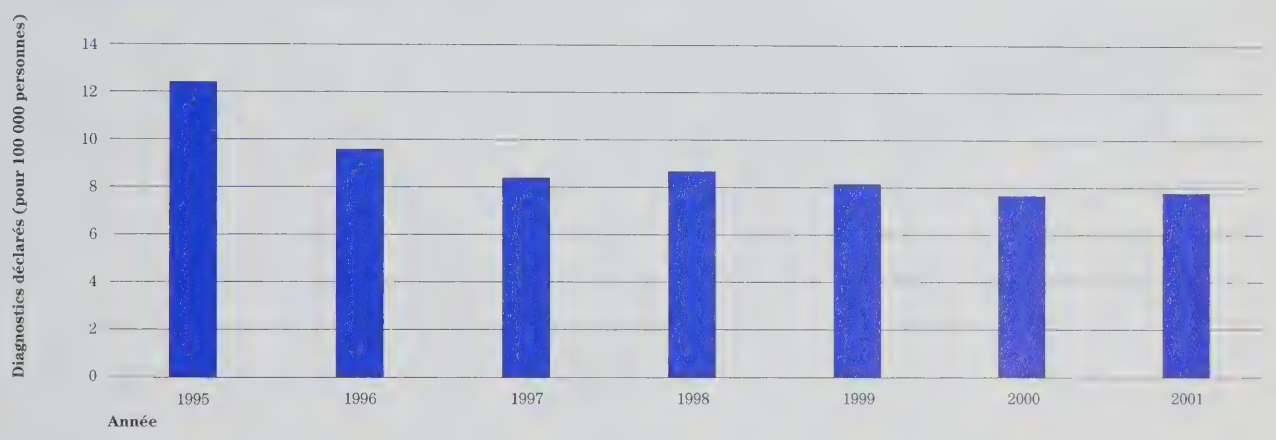
Le taux de diagnostics du VIH est l'estimation du nombre de diagnostics de l'infection au VIH déclarés, sur la base de la déclaration des nouveaux tests positifs du VIH, exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de nouveaux diagnostics du VIH est une fonction de l'incidence du VIH et des tendances des tests de dépistage.

Il s'écoule en moyenne trois ans entre l'infection par le VIH d'une personne et le moment où la maladie est diagnostiquée. Cela signifie que le nombre déclaré de tests positifs du VIH sur une année peut inclure des personnes infectées cette année-là, mais également des personnes infectées les années précédentes. Même si ces chiffres sont utiles dans le suivi de la prévalence du VIH, les changements dans les chiffres des tests positifs déclarés doivent être interprétés avec précaution. La courbe d'augmentation varie d'une année à l'autre en fonction de facteurs tels que les foyers épidémiologiques spécifiques, les changements dans le suivi et la surveillance, et les délais dans les déclarations ou les annulations de déclarations en double.

Diagnostics du VIH déclarés en Ontario[116]

Le taux de nouveaux diagnostics du VIH en Ontario a baissé régulièrement de 1995 à 2000. Depuis, le nombre de nouveaux diagnostics est demeuré relativement stable.

Taux de diagnostics du VIH déclarés en Ontario, de 1995 à 2001



Source : Santé Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001. Division de la surveillance du VIH/sida[117]. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, ICIS, 2002.

---

[116] Ce Rapport ne fournit uniquement des renseignements sur les personnes dépistées pour le VIH sur une année donnée et ne donne pas le nombre total de personnes infectées par le VIH. Le nombre de déclarations de tests du VIH sur une année est composé en partie d'individus infectés cette année-là, mais également d'individus qui peuvent avoir été infectés les années précédentes. Certains individus infectés seront diagnostiqués (résultat positif d'infection au VIH) pendant l'année de leur infection, mais la majorité ne seront diagnostiqués que dans les années suivantes. Par conséquent, la relation entre l'incidence du VIH et les déclarations de tests positifs du VIH est déterminée par les comportements de dépistage du VIH. Les tests positifs du VIH déclarés ne devraient pas être appelés taux d'incidence, mais plutôt nouveaux diagnostics.

[117] Les changements du nombre de tests positifs du VIH déclarés, ainsi que les tendances observées, doivent être interprétés avec prudence. Il y a plusieurs facteurs qui peuvent contribuer aux changements du nombre de tests positifs du VIH. En plus des changements dans le nombre de nouvelles infections par an, d'autres facteurs incluent les changements dans les tendances de test (c.-à-d., qui se présente pour les tests et quand), les améliorations dans l'élimination des dédoublements et les délais dans les déclarations. L'élimination des tests faits en double a varié entre 1985 et 1994 et les tendances annuelles pour cette période ne sont pas indiquées dans ce Rapport parce que les comparaisons entre les années peuvent ne pas être valides.

Services de santé qui ont une influence sur les nouveaux diagnostics du VIH

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en place plusieurs initiatives dont l'objectif est de surveiller les diagnostics du VIH et de modifier le taux des nouvelles infections :

- Le personnel examine continuellement l'incidence, la distribution et le contrôle du VIH en Ontario afin d'identifier toute augmentation de l'incidence ciblée géographiquement ou démographiquement. Il fournit des services de qualité ciblés et il évalue si une mobilisation de la collectivité et plus de ressources sont requises.
- Le travail du ministère est soutenu par le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, qui combine ces données avec d'autres renseignements épidémiologiques et environnementaux afin de recommander des changements dans les politiques et les programmes sur le VIH au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Le ministère apporte son financement au *Programme d'appui communautaire pour la sensibilisation au sida et des services de soutien* ainsi qu'au *Réseau ontarien de traitement du VIH*. Ces programmes apportent de l'information sur la prévention du VIH dans des endroits accessibles aux populations à risque et financent la recherche et surveillent les tendances dans les traitements.

Indicateurs connexes

1a. Espérance de vie
1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)
13d. Taux d'incidence de Chlamydia

13c. Taux d'incidence d'E. coli vérotoxogénique

Présentation

Escherichia coli vérotoxogénique (ECPV) continue d'être une cause importante de maladies intestinales déclarées en Ontario[118]. La bactérie est principalement transmise par les aliments, mais elle peut également se transmettre par les contacts entre personnes et par l'eau. Les facteurs qui contribuent à l'incidence de l'ECPV comprennent : la quantité de bactéries présente dans les produits du bœuf cru ou préparé, la connaissance des pratiques de manipulation des aliments et l'accès à des programmes d'information sur les pratiques de manipulation des aliments. Les complications potentielles de l'ECPV comprennent le syndrome hémolytique et urémique (SHU), qui se produit dans environ 2 % à 7 % des cas. Le SHU affecte plus souvent les nouveau-nés et les personnes âgées et est potentiellement mortel[119]. Chaque année l'ECPV et le SHU entraînent quelques décès en Ontario.

En surveillant le taux d'incidence de l'ECPV, le gouvernement de l'Ontario peut déceler les foyers éventuels, ainsi que les besoins en matière d'information et d'amélioration des pratiques de manipulation des aliments ou de purification de l'eau.

Le taux d'incidence de l'ECPV est défini comme le nombre de cas confirmés déclarés par an pour 100 000 personnes. Un cas est confirmé par un test en laboratoire qui isole l'*E. coli* producteur de vérotoxine dans un échantillon clinique approprié, même si les symptômes sont absents.

Taux d'incidence de l'ECPV en Ontario

La récente épidémie à Walkerton et l'attention médiatique qui s'en est suivie donne l'impression que les taux d'ECPV augmentent en Ontario. Cependant, comme le montre le graphique suivant, ce n'est pas le cas. Le taux d'incidence global de l'ECPV en Ontario a baissé de manière constante jusqu'en 1999. Les données provisoires indiquent un pic de l'incidence de l'ECPV en 2000, lequel peut être attribué en partie à l'épidémie de Walkerton[120]. Cependant, ces données indiquent également que la tendance générale à la baisse a repris en 2001, alors que le taux d'incidence a chuté à son niveau le plus bas en sept ans.

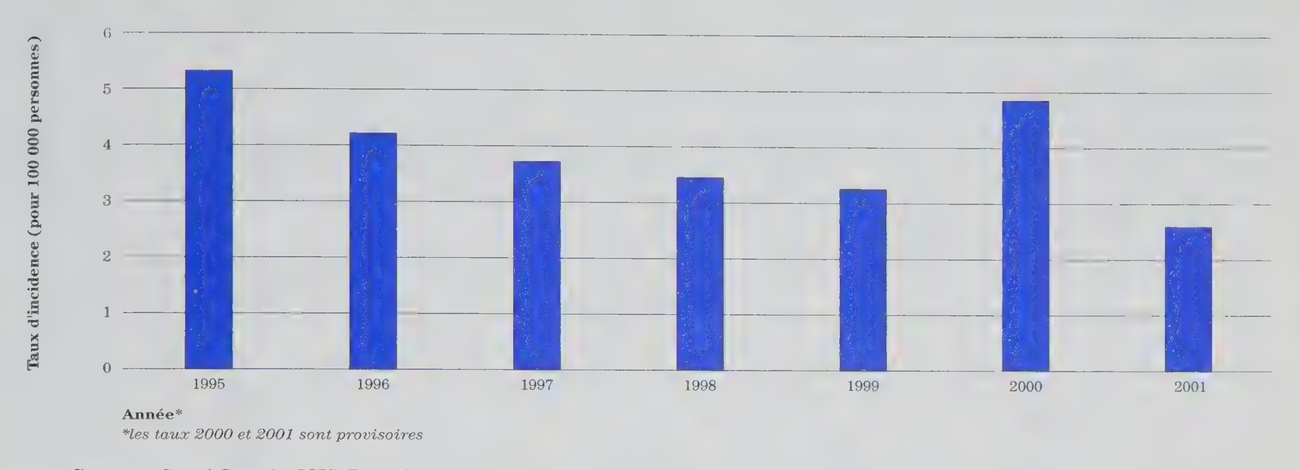
---

[118] Santé Canada, *Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxines chez des familles habitant une ferme laitière*, Relevé des maladies transmissibles au Canada, février 1998.

[119] Santé Canada, Maladies à déclaration obligatoire, *Vérotoxine E. coli*, 1996.

[120] « En mai 2000, le réseau d'eau potable de Walkerton a été contaminé par la bactérie *Escherichia coli* O157:H7. Plus de 2 300 personnes sont tombées malades. » – Ministère du Procureur général, *Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton, partie 1*, 18 janvier 2002.

Taux d'incidence d'E. coli vérotoxogénique en Ontario, de 1995 à 2001



Source : Santé Canada, ICIS, Données sur les maladies à déclaration obligatoire.

Services de santé qui ont une influence sur le taux de l'ECPV

Cette tendance à la baisse des cas d'ECPV suggère que les activités de la province dans le domaine de la prévention de l'ECPV (comme l'amélioration des pratiques de manipulation des aliments) peuvent produire des résultats. Cependant, en raison de la gravité de cette maladie, des coûts de son traitement et des années potentielles de vie perdues qu'elle entraîne, la province doit continuer d'être vigilante et poursuivre ses investissements dans les programmes de surveillance, de prévention et de traitement.

- Le gouvernement de l'Ontario s'efforce de promouvoir ses Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, destinées à contrôler les maladies infectieuses, et les programmes de salubrité alimentaire, pour réduire l'incidence des maladies intestinales.
- Des recherches sont en cours à Walkerton pour évaluer les effets à long terme de l'ECPV et pour aider à améliorer les schémas de traitement.
- Le gouvernement de l'Ontario soutien la promotion des « meilleures pratiques » dans les procédures correctes de manipulation des aliments dans l'industrie alimentaire de la province de l'Ontario.

13d. Taux d'incidence de Chlamydia

Présentation

L'infection à Chlamydia, la maladie transmissible sexuellement la plus prévalente au Canada,[121] est généralement diagnostiquée chez les femmes de 15 à 24 ans[122]. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner des grossesses extra-utérines et des endométrites chez les femmes, et des épididymites chez les hommes, ainsi que l'infertilité chez les deux sexes[123].

En surveillant le taux d'incidence de l'infection à Chlamydia, le gouvernement de l'Ontario peut évaluer l'efficacité de ses systèmes de surveillance et de protection, ainsi que l'efficacité des efforts déployés en matière de prévention et d'éducation sexuelle. Le taux d'infection à Chlamydia sert également d'avertisseur pour détecter les changements dans les habitudes à risque et peut permettre d'établir des priorités pour la prévention et le contrôle des maladies. Les efforts qui entraînent une baisse du taux d'infection à Chlamydia devraient permettre d'améliorer la santé des Ontariennes et Ontariens en plus de réduire les coûts de santé et les hospitalisations.

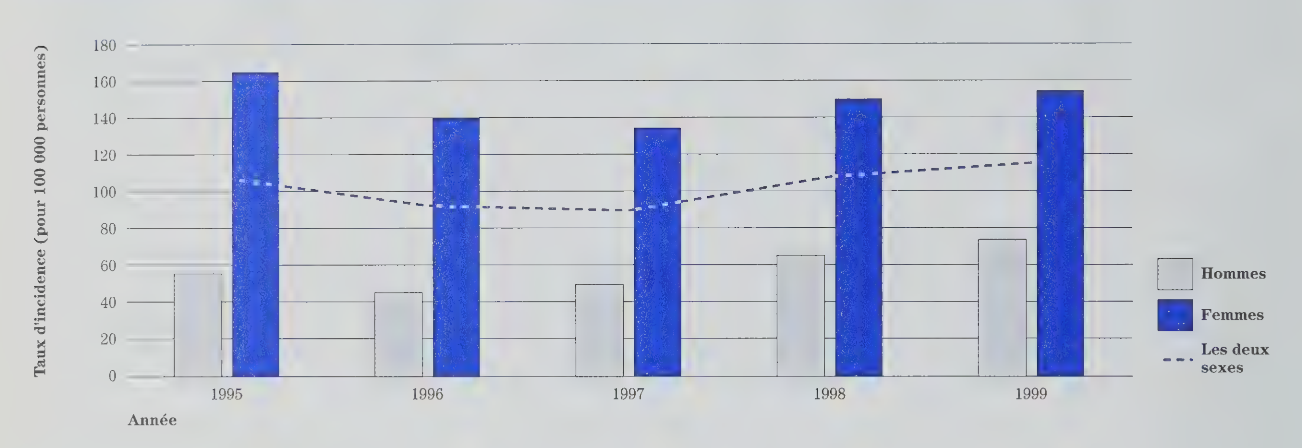
[121] Santé Canada, *La chlamydiose génitale au Canada*, mai 1999
[122] Ibid.
[123] Ibid.

Le taux d'incidence de l'infection à Chlamydia est le taux de cas confirmés des infections des voies génitales déclarées par an pour 100 000 personnes. Un cas confirmé d'infection est défini par la détection en laboratoire de *Chlamydia trachomatis.*

Taux d'incidence de l'infection à Chlamydia en Ontario

L'incidence de l'infection à Chlamydia a augmenté en Ontario depuis 1997. Un nouveau test de diagnostic, le test d'amplification nucléique (NAAT), introduit en 1997, peut avoir été la raison initiale d'une augmentation de la détection et, par conséquent du taux d'incidence. Bien que les effets de ce test ne soient plus considérés comme un facteur aujourd'hui, le taux d'incidence a continué d'augmenter.

Taux d'incidence de l'infection à Chlamydia chez les hommes et les femmes en Ontario, de 1995 à 1999



Source : Santé Canada, ICIS, Rapports sur les maladies à déclaration obligatoire. Statistique Canada, recensement.

Services de santé qui ont une influence sur le taux des infections à Chlamydia

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit gratuitement les médicaments pour le traitement de l'infection à Chlamydia.
- Les conseils de santé de la province de l'Ontario ont l'obligation de réserver un minimum de 4 heures par semaine et par tranche de 150 000 personnes ou moins de la population pour faire de la prévention et pour diagnostiquer et traiter les maladies transmissibles sexuellement.
- Les conseils de santé travaillent également avec les conseils scolaires de l'Ontario pour s'assurer que des programmes sont en place pour éduquer les enfants d'âge scolaire sur les maladies transmissibles sexuellement et sur les méthodes de prévention appropriées.

Indicateurs connexes

13b. Taux de diagnostics du VIH déclarés

13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante

Présentation

L'exposition à la fumée ambiante (fumée secondaire) est reliée à de nombreux effets nocifs pour la santé, dont les maladies cardiaques, le cancer du poumon et le cancer des sinus. L'exposition à la fumée secondaire peut également avoir de graves conséquences chez les enfants et elle est liée à l'insuffisance pondérale à la naissance, à la mort subite du nourrisson (MSN), à la bronchite, à la pneumonie, au retard de croissance intra-utérin ainsi qu'à l'augmentation des taux d'asthme et d'autres troubles des voies respiratoires[124].

Le tabagisme, y compris l'exposition à la fumée secondaire, impose un fardeau important aux services et aux ressources du système de santé. Le tabagisme est responsable de près du quart de tous les décès causés par le cancer, d'environ un tiers des décès causés par une maladie cardiaque; c'est un facteur dans environ quatre cas sur cinq de broncho-pneumopathie chronique obstructive[125]. Les coûts de santé directs associés au tabac sont de presque 1 milliard de dollars par an[126]. Le tabagisme et les complications qui en résultent créént non seulement un fardeau supplémentaire en matière de maladies et de lésions, mais entraînent également une augmentation de la morbidité et de la mortalité précoce.

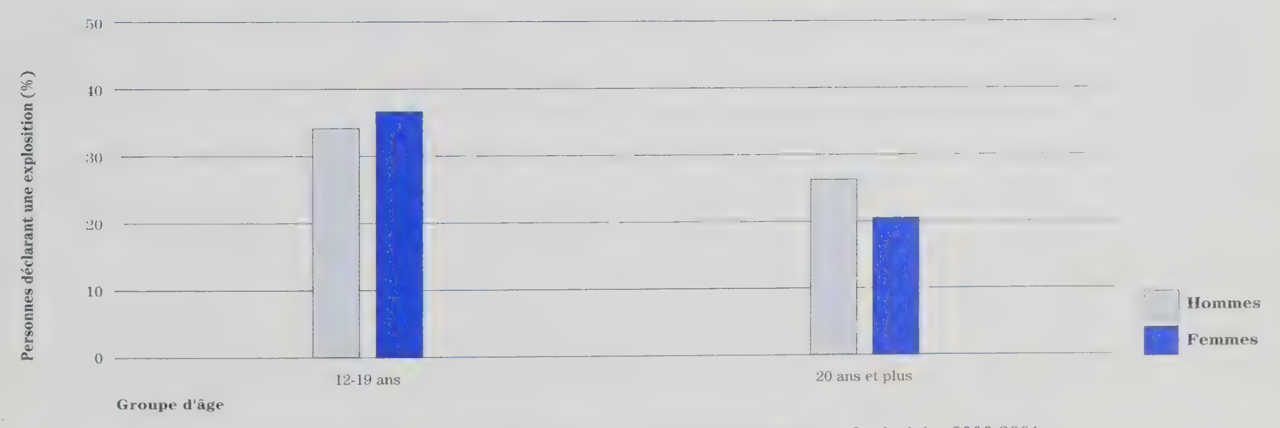
En mesurant l'exposition à la fumée du tabac ambiante, le gouvernement de l'Ontario peut évaluer l'efficacité du système de santé public dans le domaine de la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée du tabac dans des endroits comme les lieux publics et les lieux de travail. Il peut également identifier le besoin éventuel d'élargir les politiques (c.-à-d. au-delà de l'influence de la santé publique) de gestion de la fumée du tabac dans les lieux publics, au travail et à domicile.

L'exposition à la fumée du tabac ambiante est définie comme la proportion des Ontariennes et Ontariens non-fumeurs de 12 ans et plus qui sont régulièrement exposés à la fumée du tabac ambiante la plupart des jours durant le mois précédant l'enquête.

Exposition à la fumée du tabac ambiante en Ontario

Comme le montre le graphique suivant, environ 34,2 % des hommes et 36,7 % des femmes en Ontario âgés entre 12 et 19 ans ont déclaré être exposés à la fumée du tabac ambiante dans le mois précédent l'enquête[127]. Un pourcentage significatif des hommes et des femmes adultes a également déclaré y être exposés. Le facteur contributif principal dans l'exposition à la fumée du tabac ambiante est la prévalence du tabagisme quotidien et occasionnel chez les Ontariennes et Ontariens. En 2000-2001, 24,5 % de la population générale fumait tous les jours ou à l'occasion[128].

Autodéclaration d'exposition à la fumée du tabac ambiante dans le mois précédant l'enquête pour les hommes et les femmes en Ontario



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 – 2000-2001

[124] Rapport de l'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, *Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario. A Review of evidence regarding best practices*, Toronto, 2001.

[125] Rapport du groupe d'experts, *Actions Will Speak Louder Than Words*, 1999.

[126] Ibid.

[127] Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2000-2001

[128] Le taux de prévalence de 24,5 % en Ontario est supérieur au taux de 20 % indiqué dans *The National Strategy: Moving Forward – The 2002 Progress Report on Tobacco Control.* Ceci est dû au fait que le présent Rapport inclut les fumeurs réguliers et occasionnels, alors que *The National Strategy* n'inclut que les fumeurs réguliers.

Services de santé qui ont une influence sur l'exposition à la fumée du tabac ambiante
Le gouvernement de l'Ontario prend les mesures nécessaires pour protéger sa population de l'exposition à la fumée secondaire.

- La Stratégie antitabac de l'Ontario du ministère a reçu 10 millions de dollars de financement renouvelé en 1999 pour se concentrer sur les objectifs de prévention, de protection contre la fumée secondaire et de cessation du tabagisme. Des programmes sont en place pour soutenir ces objectifs, dont les campagnes dans les médias, , les projets scolaires de cessation du tabagisme et les initiatives communautaires. Plusieurs de ces programmes traitent de l'exposition à la fumée du tabac ambiante dans les collectivités locales.
- Les conseils de santé proposent des services, une formation, et ils préconisent le changement.
- Des fonds sont également alloués au Réseau ontarien sans tabac pour soutenir le développement de règlements municipaux antitabac dans les collectivités locales[129].

Indicateurs connexes
Le tabagisme est très fortement lié au cancer du poumon, aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux.
2. Mortalité infantile
3. Insuffisance pondérale à la naissance
5. Changement de l'espérance de vie
7. Réduction du fardeau des maladies et des lésions
14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents

14. Promotion de la santé et prévention des maladies

14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents

Présentation
Le tabagisme est la première cause de maladie évitable et de mortalité au Canada[130]. Santé Canada estime que le tabagisme entraîne plus de 45 000 décès chaque année[131]. En Ontario seulement, le tabagisme entraîne 12 000 décès prématurés par an[132]. Le tabagisme contribue également à d'autres maladies, comme les accidents vasculaires cérébraux, et il est responsable d'environ un tiers des décès consécutifs à une maladie cardiaque, d'un quart des décès dus au cancer et de quatre cas sur cinq de broncho-pneumopathie chronique obstructive[133]. Le tabagisme, et les complications qu'il entraîne, imposent un lourd fardeau de morbidité et de mortalité prématurée chez les personnes affectées. Le système de santé de la province de l'Ontario dépense une partie substantielle de ses ressources de santé (environ 1 milliard de dollars par an) pour traiter les maladies liées au tabagisme[134].

En raison de la forte dépendance que crée la nicotine, le tabagisme chez les jeunes est particulièrement inquiétant. Environ quatre individus sur cinq qui essaient de fumer du tabac deviennent des fumeurs réguliers. En surveillant le taux de tabagisme des adolescents, le gouvernement de l'Ontario peut évaluer l'efficacité des programmes et des politiques anti-tabagisme existants et peut également définir de nouvelles stratégies.

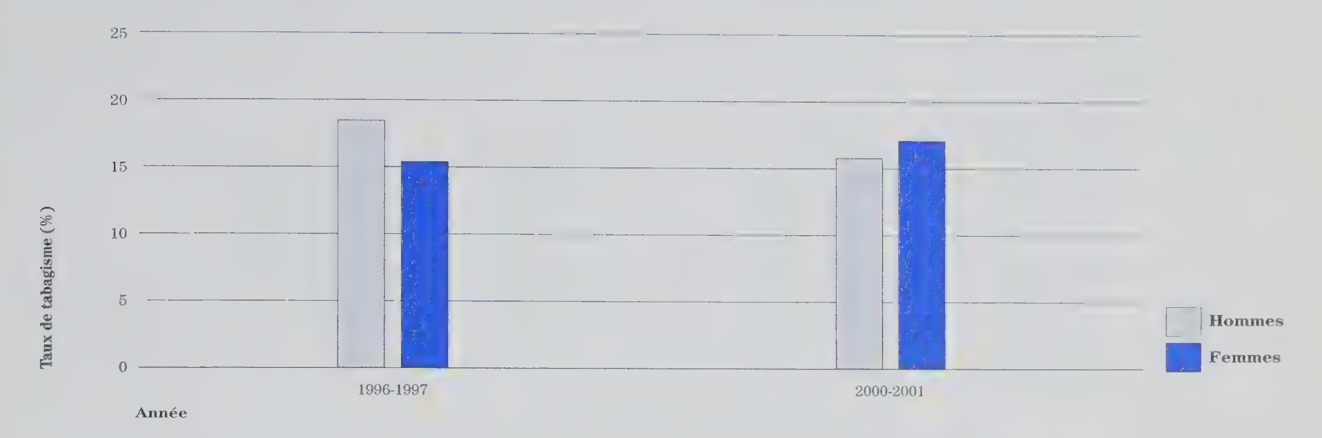
Le taux de tabagisme chez les adolescents est défini comme la proportion de la population entre 12 et 19 ans qui déclare fumer quotidiennement et occasionnellement au moment de l'enquête, exprimée en pourcentage[135].

Taux de tabagisme chez les adolescents en Ontario
Au cours des quatre dernières années, le taux de tabagisme chez les garçons adolescents a baissé, mais le taux chez les filles adolescentes a augmenté. Il faut interpréter le graphique suivant avec précaution; en effet, les études montrent que les changements réels dans les habitudes de la population prennent plus de quatre ans pour s'installer. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour déterminer si les tendances montrées ici sont une indication de tendances à plus long terme.

---

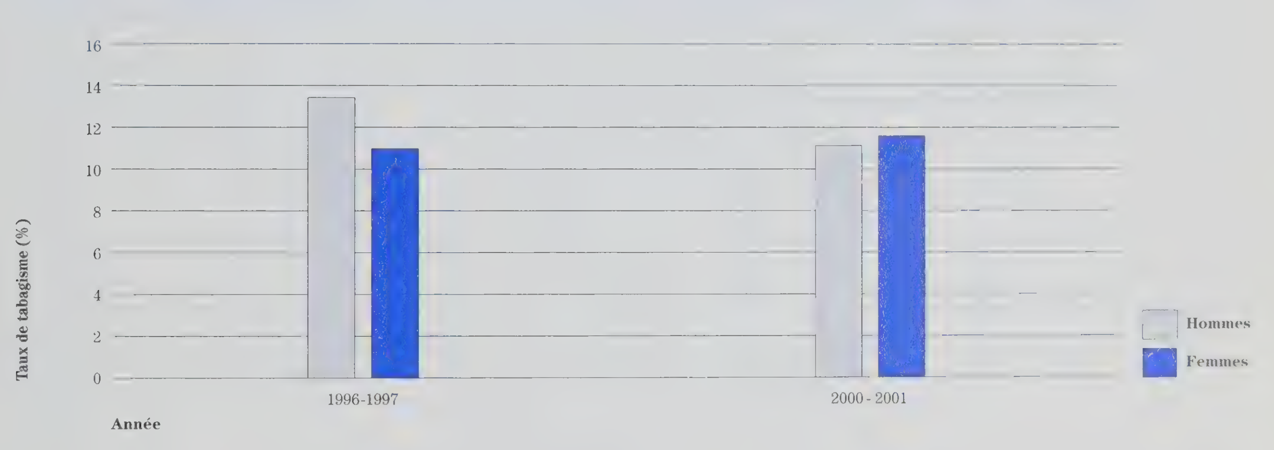
[129] Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, *Evaluating the Renewed Ontario Tobacco Strategy - Report on the Initial 18 Months Ending March 2001*, Toronto, 2002.
[130] Rapport du groupe d'experts, *Actions Will Speak Louder Than Words*, 1999.
[131] Santé Canada, En primeur, 2002.
[132] Groupe d'experts, *Actions will Speak Lowder than Words*, 1999.
[133] Ibid.
[134] Ibid.
[135] Le tabagisme quotidien signifie fumer au moins une cigarette par jour durant les 30 jours précédant l'enquête. Le tabagisme occasionnel signifie fumer au moins cigarette par jour durant les 30 jours précédant l'enquête, mais tous les jours.

Prévalence du tabagisme actuel quotidien et occasionnel chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (12 à 19 ans) en Ontario



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996[136]

Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (12 à 19 ans) en Ontario

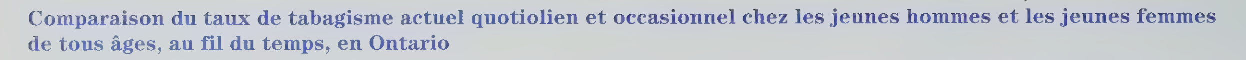


Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996[137]

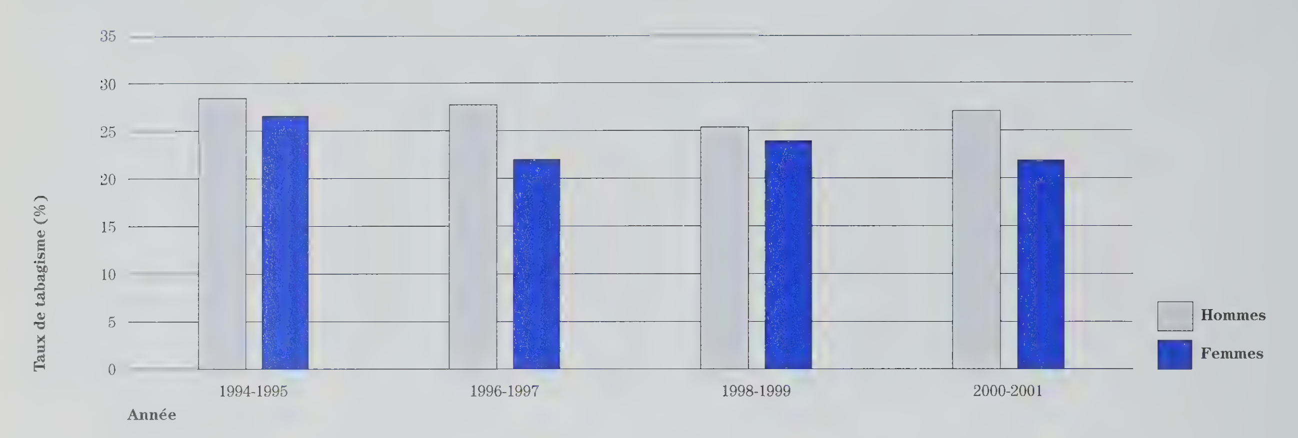
À l'inverse du taux de tabagisme chez les jeunes, le taux global de tabagisme chez les femmes de tous âges baisse, alors que le taux des hommes reste relativement constant.

[136] Les individus vivant dans des bases militaires et dans les réserves des Premières nations sont exclus de l'enquête sur la santé et sont implicitement traités comme s'ils présentaient les mêmes taux moyens que le reste de la population.

[137] Ibid.



Comparaison du taux de tabagisme actuel quotiolien et occasionnel chez les jeunes hommes et les jeunes femmes de tous âges, au fil du temps, en Ontario



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998[138]

Ces graphiques ne montrent pas les variations entre les taux de tabagisme des différents groupes qui composent la population de la province de l'Ontario, et qu'il est nécessaire de connaître. Par exemple, d'après l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée par Statistique Canada,[139] le taux de tabagisme des Premières nations en Ontario est 2,5 fois supérieur à celui de la population générale. Des taux de tabagisme élevés chez les adultes ont des répercussions directes sur l'utilisation des ressources de santé, et les jeunes fumeurs d'aujourd'hui joueront un rôle dans l'utilisation de ces ressources dans le futur. Le fardeau financier qui en résulte pour notre système de santé est important.

Services de santé qui ont une influence sur le taux de tabagisme des adolescents

Le tabagisme demeure une préoccupation majeure dans la stratégie de santé du gouvernement de l'Ontario.

- La faible taxation et le prix peu élevé des cigarettes constituent des facteurs de première importance dans la consommation de cigarettes, particulièrement chez les jeunes pour qui le prix est un facteur important. Selon des recherches citées par le *Rapport 1992 de l'U.S. Surgeon General*, pour chaque augmentation de 10 % du prix, la consommation baisse généralement de 4 %. Dans le budget de juin 2002, le gouvernement de l'Ontario a introduit une taxe provinciale supplémentaire de 5 dollars sur chaque cartouche de cigarettes vendue en Ontario. Cette mesure, combinée à une augmentation de la taxe fédérale de 3,50 dollars, fait augmenter le prix d'environ 20 % et devrait entraîner une baisse de la consommation d'environ 8 %.
- La Stratégie antitabac de l'Ontario est en place depuis 1992 et son financement a augmenté de 10 millions de dollars depuis 1999. Les résultats des évaluations préliminaires des programmes financés depuis 1999 sont prometteurs. Les résultats provenant d'autres collectivités publiques qui ont des programmes similaires, mais dont le financement est plus élevé, comme la Californie, montrent qu'une baisse significative de la prévalence du tabagisme est possible avec des financements soutenus et des programmes complets[140].
- L'Équipe jeunesse antitabac a été créée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en novembre 2001. Il s'agit d'un groupe consultatif de neuf membres âgés de 14 à 18 ans qui présentent la perspective des jeunes sur le tabagisme. Le 7 août 2002, le ministère a rencontré des représentants de l'Ontario Lung Association et de l'Équipe jeunesse antitabac pour discuter des façons possibles de réduire la consommation du tabac et d'augmenter le nombre de jeunes qui cessent de fumer. De telles discussions s'inscrivent dans le cadre des priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée visant à prévenir la consommation de tabac et à aider les jeunes à cesser de fumer.

---

[138] Les individus vivant dans des bases militaires et dans les réserves des Premières nations sont exclus de l'enquête sur la santé et sont implicitement traités comme s'ils présentaient les mêmes taux moyens que le reste de la population.

[139] Enquête régionale sur la santé des Premières nations en Ontario, 28 mai, 1998.

[140] *California Tobacco Control Update*, California Department of Health Services, 2000.

Indicateurs connexes
Le tabagisme est très fortement lié au cancer, aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux.
5. Changements de l'espérance de vie
7. Réduction du fardeau des maladies et des lésions
13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante

14b. Activité physique

Présentation
Avoir un mode de vie actif est depuis longtemps associé à de nombreux avantages pour la santé. De nombreuses études montrent que l'activité physique régulière est bénéfique pour la santé du cœur, aide à avoir des muscles, des os et des articulations sains, prévient la dépression, l'anxiété, le stress et l'obésité et aide les personnes âgées à garder leurs fonctions intactes, ainsi que leur autonomie[141].

L'activité physique est bénéfique pour les enfants et les adolescents, ainsi que pour les adultes. Il a été démontré qu'elle joue un rôle positif dans le maintien d'un mode de vie sain, dans la prévention des problèmes physiques et psychologiques et dans l'amélioration du développement comportemental[142].

À l'inverse, le manque d'activité physique contribue à augmenter les risques d'obésité et joue un rôle au Canada dans environ 36 % des maladies cardiaques, 27 % de l'ostéoporose, 20 % des accidents vasculaires cérébraux, de l'hypertension, du diabète de type 2 et du cancer du côlon et 11 % du cancer du sein[143]. De plus, le fait de ne pas être en forme physique augmente le risque de décès prématuré à un niveau presque équivalent à celui du tabagisme[144]. Ce problème concerne les personnes de tous âges. L'activité physique est un facteur de risque modifiable important et, pour être efficaces, les programmes de promotion doivent non seulement apporter des avantages pour la santé, mais également réduire le fardeau financier des services de santé. Des chercheurs estiment qu'une augmentation de 10 % de la proportion de Canadiennes et Canadiens physiquement actifs économiserait environ 150 millions de dollars chaque année en coûts de soins associés aux maladies coronariennes, aux accidents vasculaires cérébraux, au diabète de type 2, aux cancers du côlon et du sein et à l'ostéoporose[145].

La jeunesse est la période de la vie la plus associée au fait de commencer à fumer du tabac, à consommer de l'alcool et des drogues, et à prendre des habitudes de vie sédentaire (*Santé Canada, 1999*). De nombreux problèmes d'invalidité et de maladies chroniques qui apparaissent à l'âge adulte peuvent être reliés à des comportements de santé nuisibles développés pendant l'enfance et l'adolescence. Cela met en évidence le fait qu'il faut promouvoir l'activité physique tant chez les jeunes que les adultes.

Étant donné que jusqu'à 51,5 % de ses citoyennes et citoyens ne sont pas assez actifs pour bénéficier des avantages de l'activité physique,[146] le gouvernement de l'Ontario est conscient de la nécessité de promouvoir un mode de vie actif. Par la surveillance des niveaux d'activité physique, le gouvernement peut évaluer les effets des programmes actuels et définir de nouvelles stratégies pour répondre à ce problème.

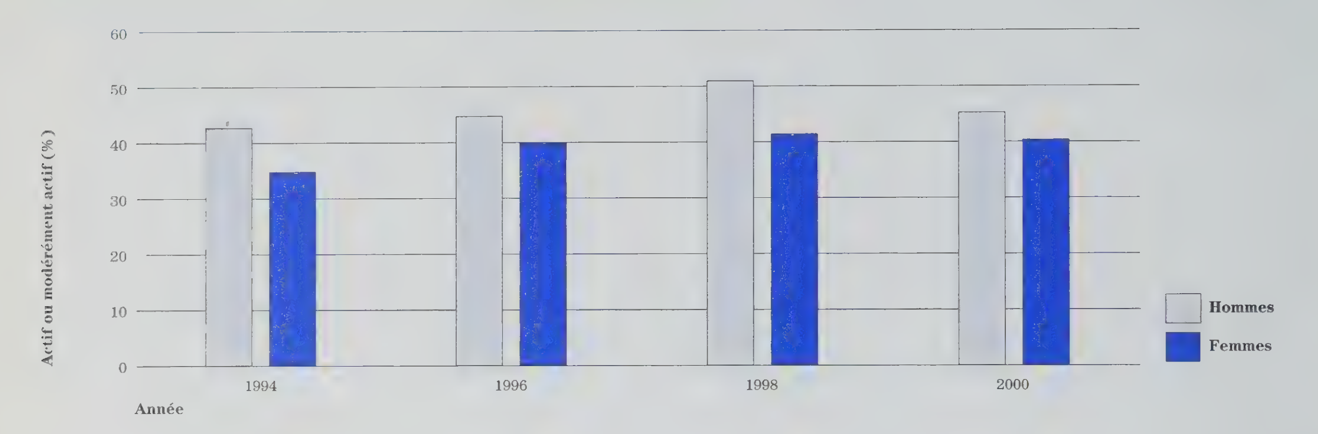
La définition de l'activité physique est la proportion de la population de 12 ans et plus qui se déclare « active » ou « moyennement active », exprimée en pourcentage.

Activité physique en Ontario
Le graphique suivant montre que le niveau d'activité physique de la population a augmenté. Entre 1994 et 2000, les Ontariens qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont régulièrement déclaré être plus actifs que les Ontariennes, mais l'écart entre les sexes semble se réduire avec le temps.

---

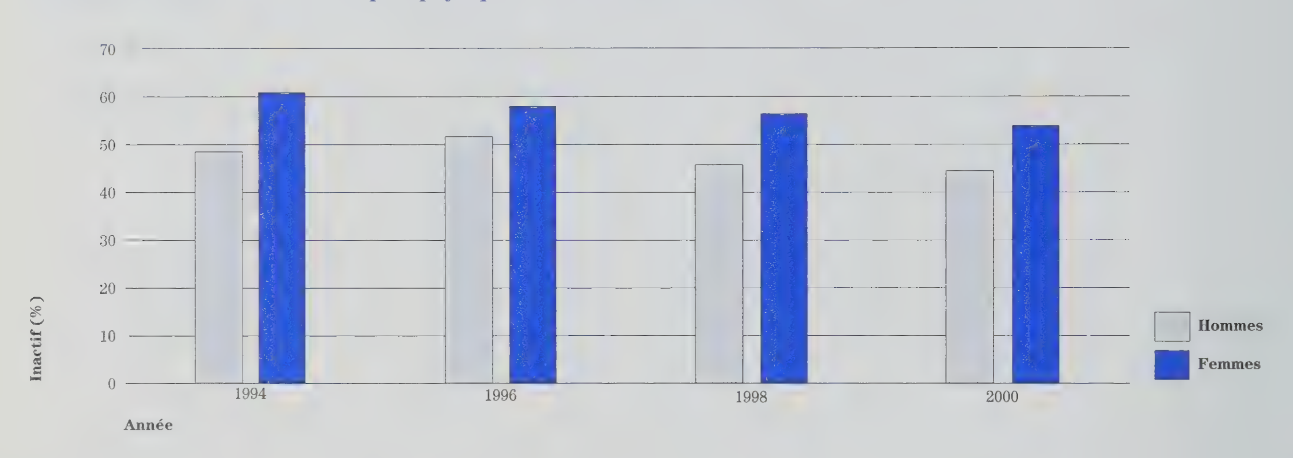
141 Santé Canada, *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, 1998.
142 Association canadienne des parcs et loisirs, *Jeunes à risque : le loisir et l'activité physique réduisent les risques chez les jeunes*, 1995.
143 Peter T. Katzmaryzk, Norman Gledhill, Roy J. Shephar :, The Economic Burden of Physical Inactivity in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000.
144 Ibid.
145 Ibid.
146 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1998-1999.

Hommes et femmes physiquement actifs en Ontario - 12 ans et plus



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998[147], Statistique Canada[148]

Hommes et femmes de 12 ans et plus physiquement inactifs en Ontario



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998[149]

Selon les données sur les niveaux d'activité physique en Ontario, les personnes entre 12 et 19 ans ont déclaré être les plus actives et, dans la plupart des groupes d'âge, les hommes ont tendance à se considérer plus actifs que les femmes. Les résultats montrent également qu'en vieillissant, la perception du niveau d'activité diminue.

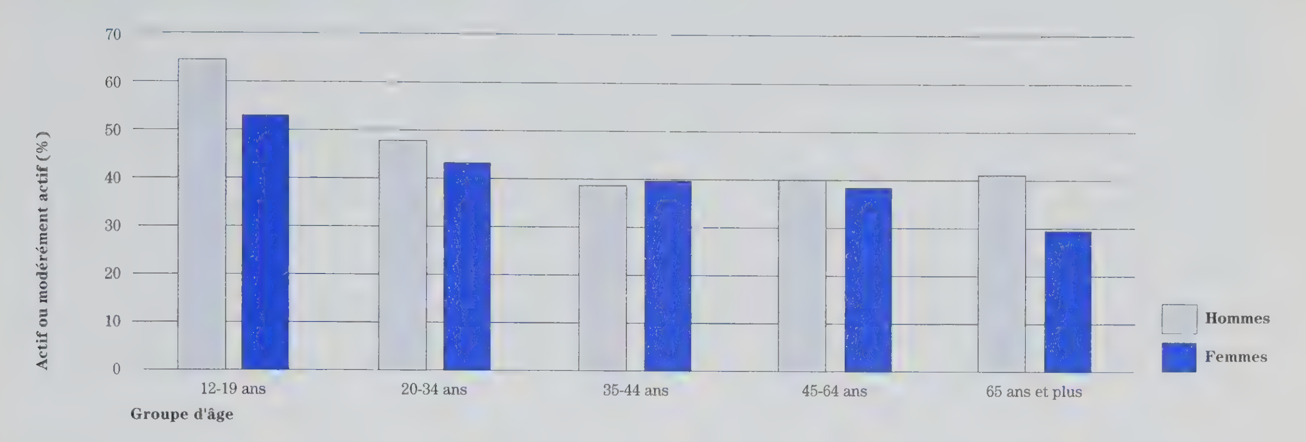
---

[147] Les différences entre l'activité physique des hommes et des femmes ne sont pas significatives dans le temps.

[148] Les individus vivant dans des bases militaires et dans les réserves des Premières nations sont exclus de l'enquête sur la santé et sont implicitement traités comme s'ils présentaient les mêmes taux moyens que le reste de la population.

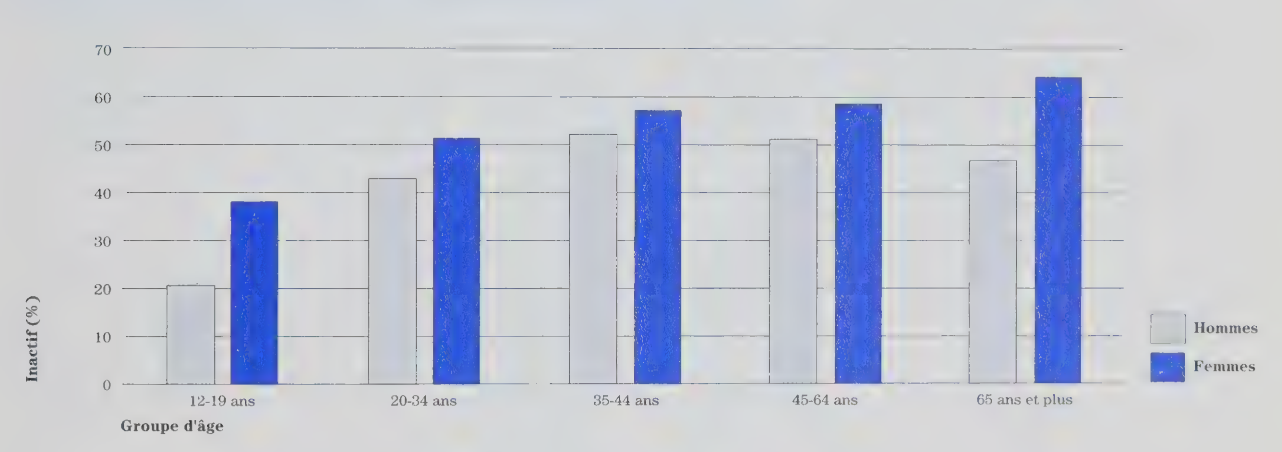
[149] Ibid.

Hommes et femmes physiquement actifs selon l'âge en Ontario - 2000



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000[150]

Hommes et femmes physiquement inactifs selon l'âge en Ontario - 2000



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000, Statistique Canada[151]

[150] Les individus vivant dans des bases militaires et dans les réserves des Premières nations sont exclus de l'enquête sur la santé et sont implicitement traités comme s'ils présentaient les mêmes taux moyens que le reste de la population.

[151] Ibid.

Services de santé qui ont une influence sur l'activité physique

Le gouvernement de l'Ontario s'est efforcé d'encourager tout le monde à être plus actif physiquement, quels que soient l'âge et le sexe. Le système de santé reconnaît que la capacité des personnes de participer à des activités physiques peut être affectée par l'environnement, la possibilité d'accéder aux activités physiques, l'influence sociale, le mode de vie et l'état actuel de la santé de la population.

- Les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* (1997) définissent les programmes et les services que tous les conseils de santé doivent proposer. Le poids-santé, la nourriture équilibrée, la nutrition et l'activité physique sont des composants importants de trois programmes de santé publique : Prévention des maladies chroniques, Services de santé pour enfants et Santé et reproduction, qui sont disponibles pour tous les résidents et résidentes de la province de l'Ontario.
- Le gouvernement de l'Ontario a mis en place une stratégie provinciale pour l'activité physique appelée *Ontario actif*. L'objectif est de faire augmenter le nombre d'Ontariennes et Ontariens qui ont une activité physique suffisante afin d'en tirer un bénéfice pour leur santé.
- De nombreuses initiatives ont été mises en place dans les centres scolaires. Depuis 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a alloué des fonds à l'Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario (ASEPO) pour une initiative de grande envergure appelée *écoles actives (Active Schools)*, qui aide les centres scolaires à promouvoir l'activité physique. Le ministère soutient également le centre de ressources de santé basé sur l'école et le programme d'études (Curriculum and School-Based Health Resource Centre), dont le mandat est de s'occuper de l'activité physique et d'autres facteurs de risque pour la santé dans les écoles primaires et secondaires de l'Ontario. De plus, en 2001-2002, le groupe de discussion des centres scolaires actifs (Active School Communities Roundtable) a été créé en Ontario et fait partie d'un effort national de collaboration pour améliorer la participation aux activités physiques dans les centres scolaires.
- Le Programme de santé cardio-vasculaire de l'Ontario, qui comprend 37 projets de santé cardio-vasculaire provinciaux et locaux, propose des programmes de promotion de la santé et de prévention aux Ontariennes et Ontariens. Ces programmes sont conçus pour promouvoir l'activité physique, l'alimentation saine et la prévention du tabagisme.
- Le gouvernement de l'Ontario soutient également le développement d'un centre de ressources pour l'activité physique (Physical Activity Resource Centre), dont l'objectif est de s'occuper plus particulièrement de la population adulte et des familles. Il fera partie du Réseau ontarien des centres de ressources pour la promotion de la santé.

Indicateurs connexes

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
7d. Prévalence du diabète
14c. Indice de masse corporelle

14c. Indice de masse corporelle

Présentation

L'Organisation mondiale de la Santé a déterminé que l'embonpoint et l'obésité sont des problèmes majeurs de santé publique qui sont pourtant négligés. L'obésité est un facteur de risque pour plusieurs maladies chroniques, dont les maladies cardiaques, le diabète de type 2, l'asthme, l'arthrite et certains cancers. L'obésité est également liée à certaines complications de la fonction reproductrice et le risque de décès augmente en proportion avec la masse pondérale. L'obésité peut également avoir un impact sur la qualité de vie, en limitant la mobilité et l'endurance physique. C'est également un facteur de discrimination sociale, académique et en matière d'emploi.

La surcharge pondérale et l'obésité sont causées par différentes combinaisons de certains facteurs, dont les facteurs génétique, métabolique, comportemental, culturel et socio-économique. Les enfants souffrant d'embonpoint et d'obésité risquent de devenir des adultes atteints des mêmes maux.

L'obésité est un fardeau financier important pour le système de santé. Par exemple, en 1997, le coût total de l'obésité au Canada était estimé à plus de 1,8 milliard de dollars[152].

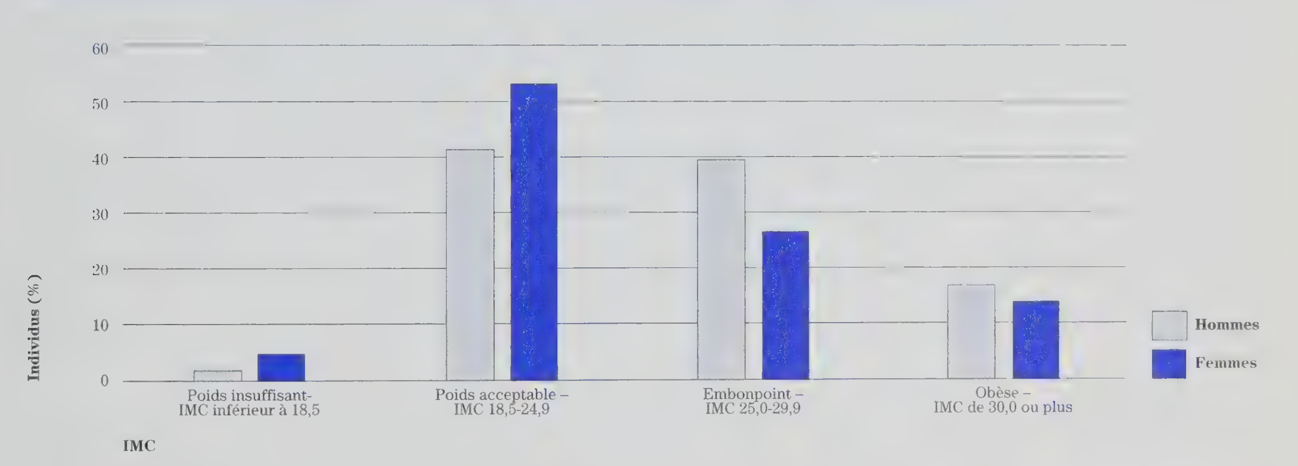
En surveillant le poids de la population, le gouvernement de l'Ontario peut évaluer l'impact des programmes existant pour le contrôle de l'obésité et peut définir de nouvelles stratégies.

L'Indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus courante pour déterminer si le poids d'un individu se situe dans les limites du poids-santé. L'IMC est fondé sur la taille et le poids déclarés par les personnes entre 20 et 64 ans, à l'exclusion des femmes enceintes. En raison des différences du taux de croissance des moins de 20 ans, l'IMC standard n'est pas considéré comme un indicateur valide pour ce groupe. L'IMC se calcule ainsi : le poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré.

Indice de masse corporelle en Ontario

Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2000-2001 montrent que la majorité des femmes en Ontario ont un poids acceptable. Cependant, 56,4 % des hommes en Ontario sont classés comme présentant un embonpoint ou une obésité. Ces résultats sont légèrement moins élevés, mais restent cependant cohérents avec les tendances précédemment indiquées par trois Enquêtes nationales sur la santé de la population, lesquelles ont été menées de 1994 à 1998. En raison de l'augmentation continue de la population de l'Ontario, le nombre de personnes présentant un embonpoint et de personnes obèses augmentera probablement.

IMC autodéclaré par les hommes et les femmes entre 20 et 64 ans en Ontario, en 2000-2001



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000[153]

Services de santé qui ont une influence sur l'IMC

Le gouvernement de l'Ontario a mis en place plusieurs initiatives pour promouvoir une masse corporelle saine.

- L'Indice de masse corporelle est l'un des outils utilisés pour définir les objectifs des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (1997). Le poids-santé, la nourriture équilibrée, la nutrition et l'activité physique sont des composants importants de trois programmes de santé publique : *Prévention des maladies chroniques*, *Services de santé pour enfants* et *Santé et reproduction*, qui sont disponibles pour tous les résidentes et résidents de la province de l'Ontario.
- La *Stratégie en matière d'activité physique – vie active*, créée en 1998, est un partenariat entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère du Tourisme et des Loisirs et des organismes non-gouvernementaux. L'objectif est d'améliorer l'étendue et l'efficacité des programmes d'information sur l'activité physique dans différents lieux de la collectivité, comme l'école, le lieu de travail, le domicile, les lieux de loisirs et de pratique du sport et le système de santé.

[152] Birmingham, C.L. et coll., *The cost of obesity in Canada*, Journal de l'Association médicale canadienne 160: 483-488, 1999.

[153] Les calculs de l'IMC n'incluent pas les femmes enceintes.

- Des fonds sont également alloués au *Centre de ressources sur la nutrition*, pour apporter un soutien et des ressources aux professionnels de la nutrition qui appliquent quatre programmes provinciaux sur la nutrition destinés à mieux communiquer avec les Ontariennes et les Ontariens sur le sujet de la nourriture équilibrée.

Indicateurs connexes

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, du suicide et de lésions involontaires
7d. Prévalence du diabète
14b. Activité physique

14d. Immunisation contre la grippe

Présentation

La grippe est un problème de santé grave, particulièrement chez les personnes âgées. Elle entraîne une morbidité significative et impose un lourd fardeau au système de santé. Chaque année, un nombre significatif de personnes âgées meurent des complications de la grippe.

Les vaccins peuvent prévenir l'infection ou réduire la sévérité des symptômes. Un taux plus élevé d'immunisation contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus peut permettre d'améliorer la santé des personnes âgées de la province de l'Ontario, en diminuant la gravité de la maladie et l'incidence des complications de 50 à 60 %, et les décès dus à la grippe d'environ 80 %. Les principaux facteurs qui contribuent à augmenter le taux d'immunisation contre la grippe sont : les efforts de promotion, les programmes d'information destinés à tous les groupes d'âge et la vaccination gratuite contre la grippe de tous les Ontariennes et Ontariens.

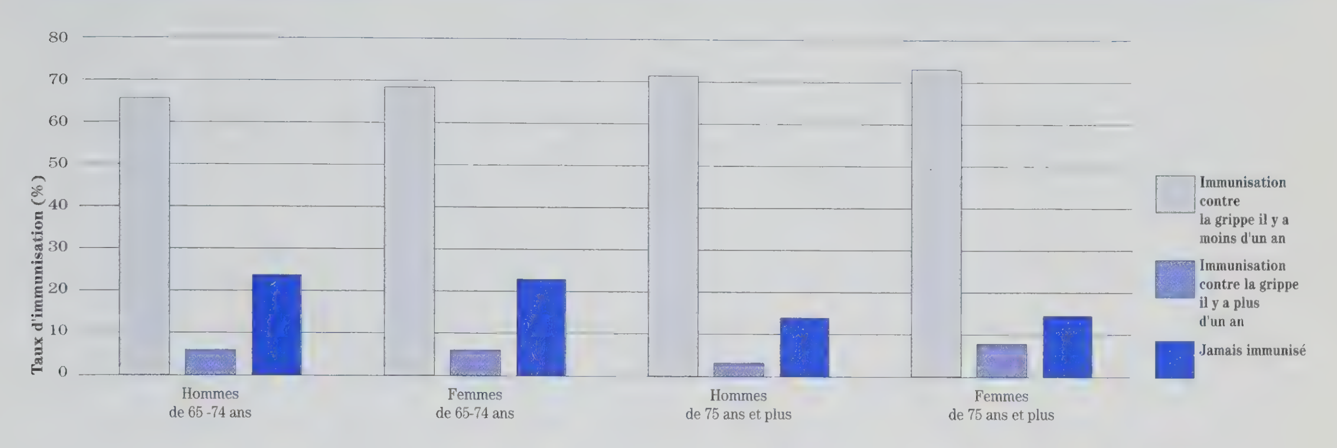
La mesure du taux d'immunisation fournit des renseignements sur l'efficacité du système de santé de l'Ontario à protéger les personnes âgées des complications graves de la grippe. Elle offre également des renseignements qui peuvent être utilisés pour identifier les priorités dans la prévention et le contrôle de la grippe.

Le taux d'immunisation contre la grippe des personnes de 65 ans et plus est calculé sur la base des personnes qui répondent avoir reçu un vaccin antigrippal moins d'un an avant d'être interrogées, plus d'un an avant d'être interrogées, et celles qui déclarent n'avoir jamais reçu de vaccin antigrippal.

Taux d'immunisation contre la grippe en Ontario

En Ontario, le taux d'immunisation contre la grippe est assez élevé. Il tend à être plus élevé chez les femmes que chez les hommes et la proportion de personnes âgées qui sont immunisées augmente avec l'âge.

Taux d'incidence de l'immunisation contre la grippe des personnes de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus en Ontario en 2000



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon)– Cycle 1.1, 2000[154]

Services de santé qui ont une influence sur le taux d'immunisation contre la grippe

- Le gouvernement de l'Ontario offre gratuitement le vaccin antigrippal depuis 1988 pour toutes les personnes exposées à un risque de complications associées à la grippe, dont les personnes de 65 ans et plus.
- En 2000-20001, le gouvernement de l'Ontario a créé le programme universel d'immunisation contre la grippe, le premier en Amérique du Nord. Ce programme s'inscrit dans l'engagement du gouvernement à promouvoir la santé et la prévention des maladies. Il permet à toutes les Ontariennes et à tous les Ontariens, quel que soit leur âge, de se faire vacciner gratuitement contre la grippe.
- Les conseils de santé ont l'obligation de proposer des programmes qui traitent des maladies évitables par la vaccination. Ces programmes doivent proposer et administrer le vaccin antigrippal, promouvoir l'immunisation dans différents lieux et s'occuper des problèmes de stockage et de manipulation des vaccins.
- Le ministère s'assure que les guides et les protocoles sont à jour et incorpore les recommandations les plus récentes en matière de vaccination.

Indicateurs connexes

1a. Espérance de vie

[154] En raison de la faible taille de l'échantillon, il convient d'interpréter avec prudence les données pour les femmes de 65 à 74 ans qui ont déclaré avoir été immunisées un an avant d'être interrogées ou plus, et les hommes de plus de 75 ans qui ont déclaré avoir été immunisés un an avant d'être interrogés ou plus.

Conclusion

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'est engagé à faire en sorte que les Ontariennes et Ontariens aient accès à des services de santé adéquats et de qualité. En même temps, le gouvernement s'efforce d'utiliser les ressources de santé de la meilleure façon possible et cherche à assurer la pérennité du système de santé

Grâce à la surveillance étroite de certains indicateurs de rendement communs, le ministère peut « mesurer » la santé de la population et l'effet des services de soins sur la santé, ainsi que les résultats et les ressources.

La province utilisera ces renseignements pour identifier les nouvelles tendances concernant la santé et les maladies, pour anticiper la demande de services, pour améliorer les programmes actuels, pour en développer de nouveaux et finalement pour allouer les ressources. La province communiquera également ces renseignements à la population de l'Ontario afin qu'elle puisse comprendre comment les services de santé financés par l'État sont proposés et s'ils atteignent leurs objectifs. Cette connaissance aidera les Ontariennes et Ontariens à faire des choix éclairés en ce qui concerne leur santé et les soins de santé.

Ceci est le premier rapport annuel de l'Ontario sur les 14 indicateurs de rendement communs. Il représente un effort important pour évaluer le rendement du système de santé et pour le rendre transparent pour le public qui finance ce système. Avec le temps et davantage d'expérience dans l'utilisation des indicateurs, les rapports de rendement seront plus pertinents et les renseignements et les tendances seront plus facilement utilisables. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée utilisera le processus de surveillance et de présentation des données de rendement pour établir un suivi des ressources de la santé et pour améliorer la santé et les soins en Ontario.

Annexe 1

Notes techniques

Indicateur 1. Espérance de vie

1a. Espérance de vie

Calcul : L'espérance de vie est calculée en utilisant les taux de mortalité et la méthode de Gerville pour produire les tables de survie abrégées, puis en effectuant des groupements d'âge de cinq ans pour la population et le taux de mortalité.

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population utilisées dans les tables de survie.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, bases de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques).

Références : Ng E., Gentleman J. Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes dans Rapports sur la santé. 1995; 7(3): 15-22.

Indicateurs de la santé – Définitions et méthodologie, site Internet de Statistique Canada – http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/82-221-XIF.htm. Statistique Canada, n° de catalogue 84-214-XPE. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999.

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)

Calcul : L'espérance de vie sans incapacité est calculée en utilisant les taux de mortalité et de morbidité et la méthode de Sullivan. Elle représente le nombre d'années dont on prévoit qu'un individu moyen vivra sans incapacité modérée ou sévère, à compter de la naissance (pour l'espérance de vie sans incapacité à compter de la naissance) ou de 65 ans (pour l'espérance de vie sans incapacité à compter de 65 ans). Cette prévision est fondée sur les statistiques de mortalité et les tendances relatives à la prévalence des invalidités par âge et sexe pour une période d'observation donnée, normalement une année civile.

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population utilisées dans les tables de survie. De plus, les individus vivant dans les bases militaires ou les réserves des Premières nations sont exclus des enquêtes sur la santé et sont ainsi implicitement traités comme s'ils présentent les mêmes taux moyens d'invalidité que le reste de la population.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, bases de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques) et recensement de 1996 (échantillon de 20 %).

Références : Sullivan, D. *A* single index of mortality and morbidity. Health Services and Mental Health Administration Health Reports, 86(4), (347-354) 1971.

Mathers, *C. Health Expectancies in Australia 1981 and 1988.* Australian Government Publishing Service, Canberra, 1991.

Indicateur 2. Mortalité infantile

Numérateur : Nombre de décès (excluant l'estimation du nombre de nouveau-nés de moins de 500 grammes à la naissance) avant la première année de vie, durant une année donnée.

Dénominateur : Nombre total de nouveau-nés vivants, d'au moins 500 grammes, durant une année donnée.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 1 000 (déclaré comme un taux pour 1 000 naissances vivantes).

Exclusions : Naissances dont la mère ne réside pas au Canada et morts infantiles chez les non-résidents du Canada. Les enfants qui naissent ou meurent hors de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de leur mère. Par exemple, les bébés de Hull, au Québec, qui meurent en Ontario ne sont pas comptabilisés dans le taux de mortalité de l'Ontario, mais dans le taux de mortalité infantile du Québec.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, bases de données sur les naissances et les décès.

Références : Indicateurs de la santé – Définitions et méthodologie, site Internet de Statistique Canada – http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/82-221-XIF.htm. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999.

Indicateur 3. Insuffisance pondérale à la naissance

Numérateur : Nombre de naissances vivantes, de moins de 2 500 grammes et de 500 grammes ou plus, durant l'année indiquée.

Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes durant une année donnée dont on sait que le poids à la naissance est d'au moins 500 grammes.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage). Aucun ajustement pour l'âge de la mère.

Exclusions : Naissance dont le poids du nouveau-né est inconnu; les naissances dont la mère ne réside pas au Canada sont exclues du numérateur et du dénominateur; les bébés nés hors de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de leur mère.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, base de données sur les naissances.

Références : Statistique Canada, n° de catalogue 84F0210XPB, Naissances et décès. Indicateurs de la santé – Définitions et méthodologie, ICIS, 1995. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999. Site Internet de Statistique Canada – http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/82-221-XIF.htm.

Indicateur 4. État de santé autodéclaré

Numérateur : Estimation du nombre de personnes qui déclarent un état de santé comme étant excellent ou très bon dans le cycle d'enquête d'une collectivité publique donnée (réponses possibles : excellent, très bon, bon, passable, mauvais).

Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus dans la compétence en question.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage), pondéré de façon à prendre en compte les non-réponses.

Exclusions : Les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclues de l'échantillon. Les personnes âgées de moins de 12 ans ne sont pas interrogées.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995 à 1998-1999), Statistique Canada.

Références : Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999, Rapports sur la santé, Vol. 11, N° 3 La santé de la population canadienne. Documentation et analyse de l'ENSP et de l'ESCC trouvée à www.statcan.ca-health_surveys, www.healthcanada.ca.

Indicateur 5. Changement de l'espérance de vie

5a. Taux de mortalité ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal, d'infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux

Calcul : Le taux ajusté selon l'âge pour chaque siège du cancer, dont le côlon ou le rectum (codes 153 et 154 de la 9e Classification internationale des maladies), le poumon (code 162 de la CIM-9), le sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), la prostate (code 185 de la CIM-9) et pour l'infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9) ainsi que le sous-ensemble de tous les AVC (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9) est calculé en multipliant chaque taux de mortalité observé par tranche d'âge avec la population-type du groupe d'âge correspondant, puis en additionnant les résultats et en multipliant la somme par 100 000 et en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 a été utilisée à titre de population-type. Déclaré comme un taux pour 100 000 habitants.

Exclusions : Décès des non-résidents du Canada.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil et Division de la démographie.

Références : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, base de données sur les décès.

Remarque : De 1979 à 1999, la cause sous-jacente du décès était codée au moyen du système CMI-9; à compter du début de l'an 2000, elle est codée au moyen du système CMI-10, ce qui entraîne une discontinuité des données tendancielles.

5b. Taux relatifs de survie à 5 ans ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal

Calcul : Les taux de survie à 5 ans ont été calculés en utilisant la méthode du maximum de vraisemblance d'Estève et coll. (1990). Les taux ajustés selon l'âge pour un cancer donné ont été calculés en pondérant les taux par tranche d'âge par rapport à la distribution des âges de tous les patients admissibles chez qui l'on a diagnostiqué ce cancer. Les taux sont déclarés sous forme de pourcentage.

Exclusions : Indicateur restreint aux cas de premier cancer primitif diagnostiqués en 1992. Les sujets dont l'année de la naissance ou du décès est inconnue; les sujets de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic; les sujets dont le diagnostic a été effectué à l'autopsie ou figure uniquement sur le certificat de décès.

Sources : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Base de données nationale sur la mortalité, et Tables de mortalité, Canada et provinces (1990-1992).

Références : Ellison, L.F., Gibbons, L. et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada. Taux relatif de survie à 5 ans au cancer de la prostate, du sein, du côlon, du rectum et du poumon. Rapports sur la santé 2001 : 13(1), 23-34.

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Numérateur : Nombre de décès, toutes causes confondues, qui surviennent à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission pour un IAM chez les patients qui satisfont aux conditions énoncées pour le dénominateur.

Dénominateur : Nombre total d'épisodes d'IAM durant une période de 11 mois.

Critères d'inclusion :
1. Le diagnostic le plus responsable est celui d'infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9);
2. l'admission a eu lieu entre le 1er avril et le 1er mars de l'année suivante (la période de sélection du cas prend fin le 1er mars pour permettre un suivi de 30 jours);
3. l'âge d'admission se situe entre 20 et 105 ans;
4. le sexe du patient a été noté;
5. le patient est admis dans un établissement de soins actifs;
6. la durée du séjour est de 3 jours consécutifs ou plus et le patient est sorti en vie de l'hôpital.

Exclusions : Les dossiers contenant un numéro de carte santé non valide; les dossiers indiquant qu'un résident d'une province a été traité dans un établissement situé hors de la province (pour éviter de le compter deux fois); les patients qui ont été admis pour un IAM moins d'un an avant la date de l'épisode de référence; les dossiers où l'IAM a été codé comme une complication; et les transferts d'un autre établissement de soins actifs.

Calcul : Un modèle de régression logistique est établi et les variables indépendantes sont l'âge, le sexe et certaines comorbidités. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'un décès à l'hôpital à la suite d'un IAM pour chaque cas (épisode). Le taux de mortalité à l'hôpital est la somme des probabilités de ces cas, divisée par le nombre total de cas, ou le (numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage). Le taux de mortalité à l'hôpital ajusté pour le risque est calculé en divisant le taux observé de mortalité à l'hôpital par le taux prévu de mortalité à l'hôpital et en le multipliant par le taux moyen de mortalité à l'hôpital.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Références : Hosmer, D.W., Lemeshow, S. Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models. Statistics in Medicine 1995; 14:2161-2172.

Iezzoni, L.I. The risks of risk adjustment. JAMA 1997; 278:1600-1607. National Health Service. NHS Performance Indicators: July 2000. Technical Specifications-Health Outcomes of NHS Health Care (Part 2). N° de catalogue du NHS : 21946. Londres, NHS.

Tu, J.V. et coll. Acute myocardial infarction outcomes in Ontario. Dans : Naylor CD, Slaughter PM (rédacteurs). Cardiovascular Health & Services in Ontario: An ICES Atlas. Toronto: Institut de recherche en services de santé. 1999; 84-100.

Tu, J.V. et coll. Acute myocardial infarction outcomes in Ontario (Methods Appendix). Dans : Naylor CD, Slaughter PM (rédacteurs). Cardiovascular Health & Services in Ontario: An ICES Atlas (Technical and methods appendices). Toronto: Institut de recherche en services de santé. 1999.

5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Numérateur : Nombre de décès toutes causes confondues qui surviennent à l'hôpital dans les 30 jours suivant la première admission pour un accident vasculaire cérébral et satisfaisant aux conditions indiquées pour le dénominateur.

Dénominateur : Nombre total d'épisodes d'accident vasculaire cérébral durant une période de 11 mois.

Critères d'inclusion :
1. Le diagnostic le plus responsable est celui d'accident vasculaire cérébral (code 430 de la CIM-9 (hémorragie sous-arachnoïdienne), 431 (hémorragie intracrânienne), 432 (autres hémorragies intracrâniennes et hémorragies intracrâniennes non spécifiées), 434 (occlusion des artères cérébrales) ou 436 (maladie cérébrovasculaire aiguë, mais mal définie);
2. l'admission a eu lieu entre le 1er avril et le 1er mars de l'année suivante (la période de sélection du cas prend fin le 1er mars pour permettre un suivi de 30 jours);
3. l'âge d'admission se situe entre 20 et 105 ans;
4. le sexe du patient a été noté;
5. le patient est admis dans un établissement de soins actifs.

Exclusions : Les dossiers contenant un numéro de carte Santé non valide; les dossiers indiquant qu'un résident d'une province a été traité dans un établissement situé hors de la province (pour éviter de le compter deux fois); les patients qui ont été admis pour un AVC moins d'un an avant la date de l'épisode de référence; les dossiers où l'AVC a été codé comme une complication; et les transferts d'un autre établissement de soins actifs.

Calcul : Un modèle de régression logistique est établi et les variables indépendantes sont l'âge, le sexe et certaines comorbidités. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'un décès à l'hôpital à la suite d'un AVC pour chaque cas (épisode). Le taux de mortalité à l'hôpital est la somme des probabilités de ces cas, divisée par le nombre total de cas, ou le (numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage). Le taux de mortalité à l'hôpital ajusté pour le risque est calculé en divisant le taux de mortalité à l'hôpital observé par le taux de mortalité à l'hôpital estimé et en le multipliant par le taux de mortalité à l'hôpital moyen.

Références :

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models. Statistics in Medicine 1995; 14:2161-2172.

Iezzoni, L.I. The risks of risk adjustment. JAMA 1997; 278:1600-1607.

Mayo, N.E, Goldberg, M.S., Levy, A.R., Danys, I., Korner-Bitensky, N. Changing rates of stroke in the province of Quebec, Canada: 1981-1988. Stroke 1991; 22:590-595.

Mayo, N.E., Neville, D, Kirkland, S., Ostbye, T., Mustard, C.A., Reeder, B., et coll. Hospitalization and case-fatality rates for stroke in Canada from 1982 through 1991: The Canadian collaborative study group of stroke hospitalizations. Stroke 1996; 27:1215-20.

Weir, N., Dennis, M.S. Towards a national system for monitoring the quality of hospital-based stroke services. Stroke 2001; 32:1415-21.

Indicateur 6. Amélioration de la qualité de vie

6a. Taux d'arthroplastie totale de la hanche
6b. Taux d'arthroplastie totale du genou

Numérateur : Nombre de sorties des hôpitaux de soins actifs (congés, départs et décès) où le patient a reçu une arthroplastie totale de la hanche (ou une arthroplastie totale du genou pour l'indicateur 6b) durant l'année, par catégorie d'âge et de sexe.

Dénominateur : Population par catégories d'âge et de sexe, provenant soit du recensement ou des estimations de la population recensée, pour l'année considérée.

Calcul : Le numérateur est divisé par le dénominateur et déclaré comme un taux pour 100 000 habitants. Les taux normalisés sont ajustés selon l'âge grâce à une méthode directe de normalisation fondée sur la population canadienne au 1er juillet 1991 :

Âge	Pop.	Âge	Pop.
<1	403 061	45-49	1 674 153
1-4	1 550 285	50-54	1 339 902
5-9	1 953 045	55-59	1 238 441
10-14	1 913 115	60-64	1 190 217
15-19	1 926 090	65-69	1 084 588
20-24	2 109 452	70-74	834 024
25-29	2 529 239	75-79	622 221
30-34	2 598 289	80-84	382 303
35-39	2 344 872	85-89	192 410
40-44	2 138 891	90+	95 467

Exclusions : Les patients qui ne sont pas hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et ceux qui ont été opérés avant l'admission.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS. Recensement canadien, Statistique Canada.

Indicateur 7. Réduction du fardeau des maladies et des lésions

7a. Taux d'incidence ajustés selon l'âge des cas de cancers du poumon, de la prostate, du sein et de cancer colorectal

Numérateur : Cas observés d'incidence d'un cancer donné, ajustés en fonction de l'âge, en utilisant la population canadienne de 1991 à titre de population-type.

Dénominateur : Population-type totale. La population canadienne de 1991 a été utilisée à titre de population type.

Calcul : Le taux ajusté en fonction de l'âge pour chaque siège du cancer est calculé en multipliant chaque incidence par tranche d'âge observée avec la population-type du groupe d'âge correspondant, puis en additionnant les résultats et en multipliant la somme par 100 000 et en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 a été utilisée à titre de population type.

Exclusions : Les non-résidents du Canada.

Sources : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations de la population).

Références : Statistique Canada, Incidence du cancer, (tableaux standards du RCC – règles du CIRC).

7b. Années potentielles de vie perdues en raison des cancers du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'accidents cérébrovasculaire, du suicide et de lésions involontaires

Numérateur : Décès des personnes dont l'âge exact est de moins de 75 ans, selon le groupe d'âge, le sexe et la cause. Déterminer la valeur médiane de chaque groupe d'âge, la soustraire de 75 et multiplier par le nombre de décès dans ce groupe d'âge en dégroupant les données selon le sexe et la cause du décès. Ce résultat représente les années potentielles de vie perdues.

Dénominateur : Estimation de la population (si un seul taux est désiré, sinon, aucun dénominateur).

Calcul : La formule est la suivante :

Gr. d'âge	Ann. perdues	Gr. d'âge	Ann. perdues
0-1	74,9	35-39	37,5
1-4	72,0	40-44	32,5
5-9	67,5	45-49	27,5
10-14	62,5	50-54	22,5
15-19	57,5	55-59	17,5
20-24	52,5	60-64	12,5
25-29	47,5	65-69	7,5
30-34	42,5	70-74	2,5

Total des années potentielles de vie perdues = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau plus haut).

Taux brut d'années potentielles de vie perdues selon la cause = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dus à une cause précise et multipliée par les années perdues/estimation de la population, puis multipliée par 100 000 (exprimé comme un taux pour 100 000 habitants).

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population utilisées dans le numérateur et le dénominateur.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état-civil, bases de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques).

7c. Taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination

7c(i). Taux d'incidence de la méningococcie invasive

Numérateur : Nombre total de cas de la maladie en cause chez les moins de 20 ans.

Dénominateur : Population totale de moins 20 ans.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (déclaré comme un taux pour 100 000).

Sources : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire et surveillance systématique, ICIS.

7c(ii). Taux d'incidence de la rougeole

Numérateur : Nombre total de cas de la maladie en cause.

Dénominateur : Population totale.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (déclaré comme un taux pour 100 000).

Sources : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire et surveillance systématique, ICIS.

7c(iii). Taux d'incidence de l'infection (invasive) à *Haemophilus influenzae b* (Hib) chez les enfants

Numérateur : Nombre total de cas de la maladie en cause chez les enfants de moins de 5 ans.

Dénominateur : Population totale de moins de 5 ans.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (déclaré comme un taux pour 100 000).

Sources : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire et surveillance systématique, ICIS.

7d. Prévalence du diabète

Numérateur : La prévalence du diabète est mesurée selon les critères diagnostiques suivants :

Congé de l'hôpital
Les trois premiers codes de diagnostics des données de l'hôpital sont utilisés et sont examinés dans le cas d'un code 250 de la CIM-9 (ou CIM-9MC).

Déclarations du médecin
Lors du diagnostic du diabète, le code de diagnostic est examiné pour les occurrences du code de 250 de la CIM-9.

Définition de cas
La définition de cas utilisée actuellement pour le SNSD est la règle appelée « Manitoba », conçue à l'origine par Blanchard et coll. Selon la règle, on examine les données hospitalières et médicales pour le diagnostic du diabète (c'est-à-dire le code 250 de la CIM-9). Dans le cadre du SNSD, on détermine qu'une personne est diabétique s'il y a eu une hospitalisation ou deux visites chez le médecin au cours d'une période de deux ans (730 jours). La date du cas est la première de ces dates.

Dénominateur : Le registre de l'assurance-maladie est utilisé comme population de base.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Exclusions : Personnes de moins 20 ans. Personnes qui n'étaient pas assurées durant une période de l'exercice financier. Une personne doit être admissible à l'assurance-santé d'une province ou d'un territoire durant l'année de l'analyse pour être considérée. La personne doit être admissible au moment du diagnostic du diabète. La personne est uniquement inclue dans l'analyse jusqu'à la dernière date de la protection d'assurance (par ex. la personne déménage hors de la province ou meurt). Le registre est utilisé pour déterminer l'exposition. Par exemple, une personne a vécu dans la province ou un territoire durant un certain nombre d'années, mais meurt le 1er juillet. On considère que cette personne n'a été observée que 6 mois (environ 180 jours) durant cette année.

Pour le SNSD, il était nécessaire que le numéro d'identification du registre soit attribué « à perpétuité ». En effet, si une personne déménage hors de la province ou meurt, leur numéro ne doit pas être réassigné. Cette mesure est d'une importance cruciale en raison de la définition de cas utilisée et elle permet également d'effectuer tous les types d'analyses longitudinales.

Sources : Base de données du Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Trois sources de données sont utilisées par le SNSD : les registres d'assurance-maladie, les données sur les congés hospitaliers et les données de facturation des médecins.

Indicateur 8. Temps d'attente pour les diagnostics et les traitements clés

8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque

8a(i). Estimation du nombre de mois écoulés avant l'élimination de la liste d'attente actuelle pour les pontages aortocoronariens

Numérateur : Nombre total d'adultes (de 20 ans et plus) qui ont subi une cathétérisation et dont le médecin a déterminé qu'ils doivent subir un pontage aortocoronarien, mais qui n'ont pas encore subi cette intervention au dernier jour de la période considérée.

Dénominateur : Nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués par mois durant la période considérée.

Calcul : (Numérateur/dénominateur).

Exclusions : Seuls les cas de pontage aortocoronarien « isolés », sans complications dues à une autre procédure (par ex., la réparation ou le remplacement d'une valvule) sont inclus.

Lorsque c'est possible, les individus se sont pas comptabilisés dans le numérateur si le patient ou son médecin a décidé de ne pas procéder à l'intervention ou de la retarder pour des raisons médicales ou autres.

Sources : Réseau ontarien de soins cardiaques.

8a(ii). Attente médiane en jours avant les pontages aortocoronariens

Exclusions : Seuls les cas de pontage aortocoronarien « isolés », sans complications dues à une autre procédure (par ex., la réparation ou le remplacement d'une valvule) sont inclus.

Lorsque c'est possible, les individus ne sont pas comptabilisés dans le numérateur si le patient ou son médecin a décidé de ne pas procéder à l'intervention ou de la retarder pour des raisons médicales ou pour d'autres raisons.

Sources : Réseau ontarien de soins cardiaques.

8a(iii). Distribution des temps d'attente pour les pontages aortocoronariens

Exclusions : Seuls les cas de pontage aortocoronarien « isolés », sans complications dues à une autre procédure (par ex., la réparation ou le remplacement d'une valvule) sont inclus.

Lorsque c'est possible, les individus ne sont pas comptabilisés dans le numérateur si le patient ou son médecin a décidé de ne pas procéder à l'intervention ou de la retarder pour des raisons médicales ou pour d'autres raisons.

Sources : Réseau ontarien de soins cardiaques.

Indicateur 9. Satisfaction des patients

9a. Satisfaction des patients – Ensemble des services de santé reçus
9b. Satisfaction des patients – Services reçus à l'hôpital
9c. Satisfaction des patients – Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin
9d. Satisfaction des patients – Services communautaires reçus

Numérateur :	Nombre pondéré d'individus de 15 ans et plus qui se sont déclarés très satisfaits ou plutôt satisfaits de la manière précise dont les services de santé étaient fournis.
Dénominateur :	Population de 15 ans et plus qui a déclaré avoir reçu le service de santé en question au cours des 12 derniers mois.
Calcul :	(Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).
Exclusions :	Les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.
Sources :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon d'environ 25 000) – Cycle 1.1, 2000.

Indicateur 10. Réadmission à l'hôpital pour certaines maladies

10a. Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde

Unité d'analyse : L'unité d'analyse est l'« épisode de soins ». Un épisode de soins fait référence à toutes les hospitalisations contiguës dans les établissements de soins actifs, y compris les transferts. Pour construire un épisode de soins, on suppose qu'un transfert s'est produit si l'une des conditions suivantes est satisfaite :

- L'admission à un établissement de soins actifs ou à un service de chirurgie d'un jour a lieu dans les six heures après le congé d'un autre établissement de soins actifs ou d'un autre service de chirurgie d'un jour, peu importe si le transfert a été codé ainsi par l'un ou l'autre des établissements;
- l'admission à un établissement de soins actifs ou à un service de chirurgie d'un jour a lieu dans les six à douze heures suivant le congé d'un autre établissement de soins actifs ou d'un autre service de chirurgie d'un jour, et au moins un des établissements a codé le transfert.

Numérateur : Nombre d'épisodes d'IAM lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement de soins actifs, avec une réadmission durant l'année.

Critères d'inclusion : Le numérateur est un sous-ensemble du dénominateur satisfaisant aux conditions suivantes :

1. La réadmission a lieu moins de 28 jours après le congé suivant l'épisode de soins initial;
2. la réadmission dans un établissement de soins actifs est extrêmement urgente ou urgente (non facultative);

3. la réadmission concerne l'une des maladies suivantes (CIM-9) :

- infarctus aigu du myocarde (410);
- autres formes aiguës ou subaiguës de cardiopathie ischémique (411);
- ancien infarctus du myocarde (412);
- angine de poitrine (413);
- autres formes de cardiopathie ischémique chronique (414);
- troubles de la conduction (426);
- dysrythmie cardiaque (427);
- troubles fonctionnels à la suite d'une chirurgie cardiaque (429.4);
- pneumonie à pneumocoques (481);
- autres pneumonies bactériennes (482);
- bronchopneumonie, organisme non spécifié (485);
- pneumonie, organisme non spécifié (486);
- infection des voies urinaires (599.0).

Critères d'exclusion : 4. L'une des procédures suivantes qui ne porte pas également le suffixe « 8 » (procédure annulée) ou « 9 » (procédure antérieure) reliée à la réadmission (CCA) :

- pontage aortocoronarien (48.1);
- angioplastie (48.02, 48.03, 48.04, 48.09);
- angiographie ou cathétérisation (48.92, 48.93, 48.94, 48.95, 48.96, 48.97,48.98, 49.95, 49.96, 49.97);
- implantation de cardiostimulateur (49.7, 49.81, 49.82, 49.83, 49.84, 49.88).

Dénominateur : Nombre total d'épisodes d'IAM nécessitant des soins actifs durant l'année.

Critères d'inclusion : 1. Le diagnostic le plus responsable (type M) est celui d'infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9 ou 410 de la CIM-9MC), lequel n'est pas également un diagnostic de type 2 (comorbidité survenue après l'admission);
OU
un autre diagnostic a été codé comme étant le plus responsable et est également de type 2, et un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde, bien qu'il n'est pas le plus responsable, est codé comme un type 1 (comorbidité survenue avant l'admission);

2. le congé de l'hôpital a eu lieu entre le 1er avril et le 3 mars de l'année suivante (la période de sélection du cas prend fin le 1er mars pour permettre un suivi de 28 jours);

3. l'âge à l'admission se situe entre 15 et 84 ans;

4. le sexe du patient a été noté;

5. le patient est admis à un établissement de soins actifs;

- le séjour est d'une durée de 3 jours consécutifs ou plus.

Critères d'exclusion : 6. Les dossiers contenant un numéro de carte Santé non valide;

7. le décès ou le départ du patient;

8. l'un des diagnostics de la CIM-9 suivants, peu importe où il est noté :

- cancer (140-172, 174-208, V58.1, V58.0);
- VIH (042, 043, 044, V08).

Calcul : Un modèle de régression logistique est établi et les variables indépendantes sont l'âge, le sexe et certaines comorbidités. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'une réadmission pour chaque cas (par ex., épisode de référence). Le taux prévu de réadmission à l'hôpital d'une province est la somme des probabilités de ces cas, divisée par le nombre total de cas. Le taux de réadmission ajusté selon le risque est calculé en divisant le taux de réadmission observé dans chaque province par le taux de réadmission prévu dans la province et en le multipliant par le taux de réadmission moyen.

Références :

Baker, G.R., Anderson, G.M., Brown, A.D. et coll. (rédacteurs) The Hospital Report '99. Health Care Performance Measurement Group, Université de Toronto, Toronto, 1999.

Dönges, K., Schiele, R., Gitt, A., Wienbergen, H., Schneider, S., Zahn, R., Grube, R., Baumgärtel, B., Glunz, H.G., Senges, J. Incidence, Determinants, and Clinical course of Re-infarction in-hospital after Index AMI. Am J Cardiol 2001; 87:1039-1044.

Heller, R.F., Fisher, J.D., D'Estr, C.A., Lim, L.L.-Y., Dobson, A.J., Porter, R. Death and Re-admission in the year after hospital admission with cardiovascular disease: The Hunter Area Heart and Stroke Register. MJA 2000; 172:261-265.

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models. Statistics in Medicine 1995; 14:2161-2172.

Hospital Report Acute Care 2001. Technical notes, Clinical Utilization and Outcomes. Institut canadien d'information sur la santé et l'Université de Toronto. Une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario, 2001.

Maynard, C., Every, N.A., Weaver, W.D. Factors associated with re-hospitalization in patients with acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1997; 80:777-779.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

10c. Taux de réadmission pour la pneumonie

Unité d'analyse : L'unité d'analyse est l'« épisode de soins ». Un épisode de soins se rapporte à toutes les hospitalisations contiguës dans les établissements de soins actifs, y compris les transferts. Pour construire un épisode de soins, on suppose qu'un transfert s'est produit si l'une des conditions suivantes est satisfaite :

- L'admission à un établissement de soins actifs ou à un service de chirurgie d'un jour a lieu dans les six heures après le congé d'un autre établissement de soins actifs ou d'un autre service de chirurgie d'un jour, peu importe si le transfert a été codé ainsi par l'un ou l'autre des établissements;
- l'admission à un établissement de soins actifs ou à un service de chirurgie d'un jour a lieu dans les six à douze heures suivant le congé d'un autre établissement de soins actifs ou d'un autre service de chirurgie d'un jour, et au moins un des établissements a codé le transfert.

Numérateur : Nombre d'épisodes de pneumonie, avec une réadmission durant l'année.

Critères d'inclusion : Le numérateur est un sous-ensemble du dénominateur satisfaisant aux conditions suivantes :

1. La réadmission a lieu moins de 28 jours après le congé suivant l'épisode de soins initial;
2. la réadmission dans un établissement de soins actifs est extrêmement urgente ou urgente (non facultative);
3. la réadmission concerne l'une des maladies suivantes (CIM-9) :

- pneumonie à pneumocoques (481);
- autres pneumonies bactériennes (482);
- bronchopneumonie, organisme non spécifié (485);
- pneumonie, organisme non spécifié (486);
- autres bactéries spécifiées (0084);
- septicémie à staphylocoque (0381);
- empyème (510);
- épanchement pleural non spécifié (511.9);
- infection des voies urinaires, siège non spécifié (599.0).

Dénominateur : Nombre total d'épisodes de pneumonie durant une période de 11 mois.

Critères d'inclusion :

1. Le diagnostic le plus responsable (type M) de pneumonie (codes 481, 482, 485 et 486 de la CIM-9), lequel n'est pas également un diagnostic de type 2 (comorbidité survenue après l'admission);
   OU
   un autre diagnostic a été codé comme étant le plus responsable et est également de type 2, et un diagnostic de pneumonie, bien qu'il n'est pas le plus responsable, est codé comme un type 1 (comorbidité survenue avant l'admission);
2. le congé de l'hôpital a lieu entre le 1er avril et le 3 mars de l'année suivante (la période de sélection du cas prend fin le 1er mars pour permettre un suivi de 28 jours);
3. l'âge à l'admission se situe entre 15 et 84 ans;
4. le sexe du patient a été noté;
5. le patient est admis à un établissement de soins actifs.

Critères d'exclusion :

6. Les dossiers contenant un numéro de carte Santé invalide;
7. le décès ou le départ du patient;
8. l'un des diagnostics de la CIM-9 suivants, peu importe où il est noté :

- cancer (140-172, 174-208, V58.1, V58.0);
- VIH (042, 043, 044, V08).

Calcul : Un modèle de régression logistique est établi et les variables indépendantes sont l'âge, le sexe et certaines comorbidités. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'une réadmission pour chaque cas (par ex., épisode de référence). Le taux prévu de réadmission d'une province ou d'un territoire correspond à la somme de ces probabilités de cas, divisée par le nombre total de cas. Le taux de réadmission ajusté selon le risque est calculé en divisant le taux de réadmission observé dans chaque province ou territoire par le taux de réadmission prévu dans la province ou territoire et en le multipliant par le taux de réadmission moyen.

Références :

Brown, A.D., Anderson, G.M., *Methods for measuring clinical utilization and outcomes.* Dans : Baker, G.R, Anderson, G.M, Brown, A.D., et coll. (rédacteurs) *The Hospital Report '99*. Health Care Performance Measurement Group, Université de Toronto, Toronto, 1999.

Dönges, K., Schiele, R., Gitt, A., Wienbergen, H., Schneider, S., Zahn, R., Grube, R., Baumgärtel, B., Glunz, H.G., Senges, J. *Incidence, Determinants, and Clinical course of Re-infarction in-hospital after Index AMI.* Am J Cardiol 2001; 87:1039-1044.

Heller, R.F., Fisher, J.D., D'Estr, C.A., Lim, L.L.-Y., Dobson, A.J., Porter, R. *Death and Re-admission in the year after hospital admission with cardiovascular disease: The Hunter Area Heart and Stroke Register.* MJA 2000; 172:261-265.

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. *Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models.* Statistics in Medicine 1995; 14:2161-2172.

Hospital Report Acute Care 2001. Technical notes, Clinical Utilization and Outcomes. Institut canadien d'information sur la santé et l'Université de Toronto. Une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario, 2001.

Maynard, C., Every, N.A., Weaver, W.D. *Factors associated with re-hospitalization in patients with acute myocardial infarction.* Am J Cardiol 1997; 80:777-779.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Indicateur 11. Accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des services de premier contact sur la santé

Numérateur : On a classifié les appels en 4 catégories distinctes, ce qui a donné quatre numérateurs différents.

1. Le nombre de personnes d'un profil d'âge donné prises en charge;
2. le nombre d'hommes pris en charge et le nombre de femmes prises en charge;
3. l'indicatif régional de la personne qui appelle;
4. la solution proposée (orientation vers un médecin, etc.).

Dénominateur : Le nombre total d'appels pour les personnes prises en charge reçus du 1er décembre 2001 au 30 juin 2002.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Sources : Base de données de Télésanté Ontario et société Clinidata, 2002.

Indicateur 12. Services de soins à domicile et communautaires

12a. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant
12b. Admissions aux services de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant de 75 ans et plus

Numérateur : 12a – Nombre total d'admissions à des services de soins à domicile (soins de santé et soutien à domicile) durant l'exercice financier.

12b – Nombre total d'admissions des personnes de 75 ans et plus à des services de soins à domicile (soins de santé et soutien à domicile) durant l'exercice financier.

Dénominateur : 12a – Population totale de la province.

12b – Population totale de 75 ans et plus de la province.
(Ces chiffres proviennent du recensement ou d'estimations de la population recensée).

Calcul : (Numérateur/dénominateur).

Exclusions : Aucune (les données administratives ne permettent pas d'exclure les patients demeurant hors de la province).

Sources : Enquête ponctuelle menée auprès des ministères provinciaux et territoriaux, recensement de Statistique Canada.

12d. Taux d'hospitalisation pour les maladies propices aux soins ambulatoires

Numérateur : Nombre de sorties des hôpitaux de soins actifs (congés et décès) de patients atteints de maladies propices aux soins ambulatoires durant l'année, par catégorie d'âge et de sexe.

Code(s) de diagnostic(s) : Ils sont fondés sur les références d'Alberta Health indiquées ci-dessous, un code de diagnostic initial de la CIM-9 ou de la CIM-9MC :

250 diabète;
291 psychose alcoolique;
292 pharmacopsychose;
300 trouble névrotique;
303 syndrome d'alcoolo-dépendance;
304 pharmacodépendance;
305 abus de drogues sans dépendance;
311 trouble dépressif, non classé ailleurs;
401 hypertension artérielle essentielle;
402 cardiopathie hypertensive;
403 néphropathie hypertensive;
404 cardiopathie et néphropathie hypertensives;
405 hypertension artérielle secondaire;
493 asthme.

Dénominateur : Population par catégories d'âge et de sexe, provenant soit du recensement ou des estimations de la population recensée, pour l'année considérée.

Calcul : Les taux normalisés sont ajustés selon l'âge grâce à une méthode directe de normalisation fondée sur la population canadienne au 1er juillet 1991.

Exclusions : Les patients qui ne sont pas hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs (c'est-à-dire ceux qui ne sont traités que dans un service d'urgence ou un établissement de soins de longue durée).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS; recensement, Statistique Canada.

Références :

Alberta Health, décembre 1998, Health authority business plan and annual report requirements, 1999-2000 to 2001-2002, p.22. Edmonton, AB: Alberta Health.

Anderson,G.M. (1996). Common conditions considered sensitive to ambulatory care. Dans : V. Goel, J. I. Williams, G.M. Anderson, P. Blackstien-Hirsch, C. Fooks et C.D. Naylor (rédacteurs), Patterns of Health Care in Ontario. The ICES Practice Atlas (2e édition) p.104 à 110. Ottawa (Ontario) : Association médicale canadienne.

Billings, J., Anderson.G.M. et Newman, L. S. (automne 1996). Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs*, 15(3), p. 239-249.

Billings, J., Zeital, L., Lukomnik, J., Carey, T. S., Blank, A. E. et Newman, L. (automne 1993). Impact of socio-economic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*, p. 162-173.

Brown, A.D., Goldacre, M.J., Hicks, N., Rourke, J.T., McMurtry, R.Y., Brown, J.D., Anderson, G.M. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: A method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. Revue canadienne de santé publique 2001; 92(2):155-160.

Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation (MCHPE). Ambulatory Care Sensitive (ACS) Conditions. http://www.umanitoba.ca/centers/mchpe/concept/dict/ACS_conditions.htm

Indicateur 13. Protection et surveillance de la santé publique

13a. Taux d'incidence de la tuberculose

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de tuberculose évolutive et de rechute déclarés.

Dénominateur : Population totale.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (exprimé comme un taux pour 100 000 habitants).

Exclusions : Aucune.

Sources : Système canadien de déclaration des cas de tuberculose.

13b. Taux de diagnostics du VIH déclarés

Numérateur : Nombre de cas d'infection à VIH récemment diagnostiqués.

Dénominateur : Population totale.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (exprimé comme un taux pour 100 000 habitants).

Exclusions : Aucune.

Sources : Santé Canada. Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida.

13c. Taux d'incidence d'E. coli vérotoxogénique

Numérateur : Nombre de cas déclarés d'infection à *E. coli* vérotoxogénique.

Dénominateur : Population totale.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000 (exprimé comme un taux pour 100 000 habitants).

Exclusions : Aucune.

Sources : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, Santé Canada. Site Internet d'ICIS. Statistique Canada.

13d. Taux d'incidence de à Chlamydia

Numérateur : Cas déclarés d'infection à *Chlamydia* génitale.

Dénominateur : Population totale par groupe d'âge.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.

Exclusions : Aucune.

Sources : Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, Santé Canada, site Internet d'ICIS. Statistique Canada.

13e. Exposition à la fumée du tabac ambiante

Numérateur : Nombre total de non-fumeurs qui déclarent être exposés à la fumée de tabac ambiante dans les espaces publics et sur le lieu de travail (séparément).

Dénominateur : Population totale de non-fumeurs.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Exclusions : Aucune.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada.

Indicateur 14. Promotion de la santé et prévention des maladies

14a. Pourcentage de fumeurs chez les adolescents

Numérateur : Nombre pondéré d'individus de 12 à 19 ans qui déclarent actuellement fumer tous les jours ou à l'occasion. Le tabagisme quotidien signifie fumer au moins une cigarette par jour durant les 30 jours précédant l'enquête. Le tabagisme occasionnel signifie fumer au moins une cigarette durant les 30 jours précédant l'enquête, mais pas tous les jours.

Dénominateur : Population totale de 12 à 19 ans.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998, Statistique Canada.

14b. Activité physique

Numérateur : a) Nombre d'individus qui déclarent des taux combinés d'activité physique élevée (> 3,0 kcal/kg/jour) et modérée (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour).

a) Nombre d'individus qui déclarent un taux combiné d'activité physique faible (<1,5 kcal/kg/jour).

Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998, Statistique Canada.

14c. Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) – norme internationale, qui établit un rapport entre le poids et la taille, est une méthode utilisée couramment pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une fourchette saine compte tenu de sa taille. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

Numérateurs : Le nombre de personnes de 20 à 64 ans qui déclarent un IMC se situant dans l'une des quatre catégories ci-dessous :

L'indice est : inférieur à 18,5 (poids insuffisant), 18,5 à 24,9 (poids acceptable), 25 à 29,9 (embonpoint) et 30,0 ou plus (obèse).

Dénominateur : Population totale de 20 à 64 ans.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Exclusions : Individus de moins de 20 ans, les femmes enceintes, les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998, Statistique Canada.

14d. Immunisation contre la grippe

Numérateur : Estimation de la population de 65 à 74 ans et de plus de 75 ans qui déclare :

(a) avoir été immunisée il y a moins d'un an; (b) avoir été immunisée il y a un an ou plus; (c) n'avoir jamais été immunisée.

Dénominateur : Population totale de 65 à 74 ans et de plus de 75 ans.

Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé sous forme de pourcentage).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon) – Cycle 1.1, 2000, Statistique Canada.

This publication is also available in English;
for information, please call 1 877 234-4343

TTY: 1 800 387-5559

www.gov.on.ca/health

Les soins de santé à votre service. Ontario